

例) 新得町立富村牛小中学校の場合

別記様式2

会員番号は右詰めでご記入ください。

給付対象です。(別居、一時的な同居は給付対象外です。)

※ 0 2		へき地医療交通補助金請求書										(へき地 5 級)	
現職会員番号*右めでご記入ください		フリガナ ゴジョ タロウ										所属 新得 市町村立	
0 0 0 1 2 3 4 5 6		会員氏名 互助 太郎										所名 富村牛小中 学校	
フリガナ ゴジョ タロウ		性別 男		続柄 ※ 本人		受診者 (該当に○印)		年 月 日					
受診者氏名 互助 太郎		生年月日 2 3 4 5 大正 昭和 平成 令和		4 8 0 5 0 5									
被扶養者が受診者のとき		通院、入退院日に住民票受診者のとき		学生は通学先の学校名を記入		学校		学年					
今通院 回数 請求期間		令和 4 年 10 月 20 日から		令和 4 年 12 月 15 日まで		通院日数 5 日							
医療機関		上記通院期間		年 月		年 月		年 月					
機		入・退院の場合		入院 令和 年 月 日		退院 令和 年 月 日							
関		上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日									
の		医療機関		この欄は医療機関から入院・通院の事実に関する証明を受けた場合のみ「医療機関の関係者」が記入する欄です。領収書等を添付して提出される方は、ここには何も記入しないでください。									
証		明		お願い・・・医療保険の対象とならない治療のための通院や、健康診断(相談)・人間ドック・妊産婦検診・予防接種等はこの給付の対象とならないため、通院日に含めないでください。なお、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師が行う施術及び歯列の矯正は給付の対象となります。									
請		求		*領収書等(受診者氏名・医療機関名・受診日が明記されたもの)を添付する場合は、この証明は省略できます。									
送		金		口座振込(普通預金口座に限る) ●送金口座の記入にあたっては、入院見舞金請求書の裏面を参照してください。		●口座名義は、会員(遺族が請求する場合は、請求者)の名義であること。							
金		口座		ゆうちょ (銀行・金庫) 000 本(支店) 科目		口座番号(右詰め)		口座名義(カタカナ)					
座		金融機関		9 9 0 0 店 舗		0 0 0 1 0 1 2 3 4 5 6		ゴジョ タロウ					
		コード		記号 19000 -番号 01234567									
		送金先の口座は、「会員(請求者)の名義」の「普通預金口座」をご記入ください。(配偶者や被扶養者名義の口座には送金できません)		ゆうちょ銀行をご指定の場合は、通帳をご確認の上、この欄に記号・番号を記入してください。									
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		5									
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		5									
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		5									
互助会受付印		入力金額		十 万 万 千 百 0 0 円		へき地 5001～		修正 整 理 番 号					
								担 当					

(注) ※印の欄は記入しないでください。県庁市町村等からの通院等は対象になりませんので請求しないでください。領収書等を添付する場合は、この請求書と同じ大きさの台紙(コピー用紙等)に貼って提出してください。

1 積算内訳（請求者が記入してください）

- (1) 居宅と同じ市町村内にある医療機関に通院等をした場合に記入してください。距離は、居宅に最も近い学校から医療機関までの距離とし、鉄道又はバス等を利用した場合であっても、それらの営業距離ではなく、自家用車を利用したものとみなして距離を計算し、a定額欄は「定額表」から記入してください。

居宅と同じ市町村 内にある医療機関 への通院等	計 算 距 離 (自家用車による距離) 片道 km (1km未満切り捨て)	路 程	a 定 額 定額表参照	b 利用 回数	c a × b 計	摘 要
		往路				
		帰路				

* 居宅以外から通院等をした場合は対象となりませんので、利用回数に含めないでください。

定額表（居宅と同じ市町村内にある医療機関へ通院などした場合）

距離（片道）	31～50 km	51～70 km	71～100 km	101～140 km	141 km 以上
金額（片道）	800 円	1,100 円	1,400 円	1,700 円	2,000 円

- (2) 他市町村にある医療機関に通院等をした場合に記入してください。
a定額欄は居宅に最も近い学校から医療機関のある市町村役場等の区分に応じて、各所属所に配布している「所属別路程表」から記入してください。

他市町村にある 医療機関への 通院等	通 院 等 先 市 町 村 名	路 程	a 定 額 所属別路程表参照	b 利用 回数	c a × b 計	摘 要
	帯 広 市	往路	1,400	5	7,000	
	帯 広 市	帰路	1,400	5	7,000	

- (3) 船舶を利用した場合に記入してください。

「所属別路程表」を基に、正しい金額を記入してください。（請求書は、通院した医療機関ごとに分けて提出してください）

乗 船 月 日	単 価	利用 回数	e 計	宿泊月日	単 価 (乳児対象外)	利用 回数	f 計
往路	大人 1,000円				大人 3,000円		
帰路	小学生 500円				小学生以下 2,000円		

* 船舶を利用する通院等で、宿泊施設に有料で宿泊したときは1往復につき2泊を限度に加算しますので、宿泊施設の領収書（宿泊者氏名、宿泊日が明記されたもの）を添付してください。
なお、欠航に伴い宿泊を延長したときは加算しますので、欠航証明書を添付してください。
また、宿泊したときは、通院の前日又は当日、あるいは入院日の前日又は退院日に宿泊した場合のことです。

- (4) 付添いを必要とした場合に記入してください。

付 添 者	1 会員 氏 名 ()	2 会員の被扶養者 氏 名 ()	付 添 月 日	路 程	a 定 額	b 付添回数	g a×b 計
付 添 理 由	1 要介護者 認定区分 ()	2 心身障害者 (乳幼児を除く)		往 路			
				帰 路			

* 付添者に対する補助は、要介護者（介護保険法の要支援以上の認定を受けた者）又は心身障害者（乳幼児を除く。）が通院等に付添いを要したときのみ対象となります。ただし、自家用車（営業車を含む。）に同乗して付添った場合は対象となりません。

合 計	(c+d+e+f+g) 14,000 円	注) 自家用車等（営業車含む。）に家族等が同乗して通院等（付添を含む。）をした場合は、1名分のみの給付となりますので、他の同乗者は請求できません。
-----	-------------------------	---

2 注意事項

- (1) 「医療機関の証明」欄に証明を受けない場合は、領収書等（受診者氏名、医療機関の名称及び受診日を記載したもの）を添付してください。
- (2) 請求書は、月単位に又は3月を限度としてまとめて作成してください。
なお、複数の医療機関に通院等している場合は、医療機関ごとに作成し、まとめて提出してください。
- (3) 給付は1人1日1回の通院に限るものとし、同じ日に複数の医療機関を利用した場合は、最も遠方の医療機関への通院が対象となります。
- (4) 地元（同じ管内）の医師の指示により他の管内の医療機関（距離が160km以内、又は留萌、宗谷、根室、日高及び檜山管内から指定する都市までに所在する医療機関を除く。）へ通院等をした場合は、医師の発行した指示書等（指示した事由、医療機関名及び指示日が明記されたもの）を添付してください。なお、証明書等の有効期間は、指示日から6月間とします。