

☆必ず1か月分をまとめて請求してください。

☆太線の内側を記入、押印してください。

※2020年4月以降の療養分は、健康保険証・所得区分の欄は記入不要です。

| | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------|---|-----------|--------------------------|---------------------------------------|-------|-----------|
| 給付コード | 02 | 医療費給付金請求書 | | | | 健康保険証の記号・番号・種類(該当番号に○印)※ | 保険コード | |
| 特別会員番号 | 0 | 会員番号は右づめに記入してください。 | | | | 記号 | 番号 | |
| フリガナ | 現在の年齢 | | | | 1. 国保 | 6. 市町村共済(現職・任継) | | |
| 会員氏名 | 歳 | | | | 3. 協会けんぽ(旧社保) | 7. 企業健保付加給付(有り・無し) | | |
| フリガナ | 療養月の1日の年齢 | | | | 4. 公立学校共済(現職・任継) | 健保名() | | |
| 療養者氏名 | 歳 | | | | 5. 私学共済(現職・任継) | 8. 後期高齢者等(市町村老・障がい含む) | | |
| 療養者の生年月日 | (該当に○印) 明 治 大 正 昭 和 | | | | 所得区分(該当番号に○印)裏面5を参照※ | | | |
| | 年 | 月 | 日 | 続柄 | 69歳以下の方 | 1 上位所得者世帯 2 一般課税世帯 3 住民税非課税世帯 | | |
| | | | | 0本人 1配偶者 | 70歳以上の方 | 住民税課税 1 現役並み所得者 2 一般 3 低所得者II 4 低所得者I | | |
| 療養年 | 西暦で記入 20 年 月 | | | | | | | |
| 請求内容 | 外来分 | 医療機関名及び保険調剤薬局名 | | 保険診療内の負担額 | 入院分 | 医療機関名 | | 保険診療内の負担額 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | | | 円 | | | | 円 |
| | | 外来請求額 | | 円 | | 入院請求額 | | 円 |
| | | | | 合計請求額 | 円 | | | |
| 請求 | 上記のとおり請求します。 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| | 一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長 様 | | | | | | | |
| | (〒 -) ☎ (-) | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 特別会員は押印を省略できます。裏面注意事項2参照 | | | |

(注) 必ず裏面を参照のうえ作成してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----|------|-----|-------|-----|-------|--------|----|----|-----|----|----|------|
| 互助会受付印 | 摘要 | 入力金額 | 外 他 | 十 万 万 | 入 高 | 十 万 万 | 無条件送金額 | 00 | 修正 | 審 査 | 2次 | 担当 | 整理番号 |
|--------|----|------|-----|-------|-----|-------|--------|----|----|-----|----|----|------|

注意事項

- 1 この請求書は、療養者毎に1か月分をまとめて作成してください。
- 2 **会員氏名欄・請求欄**は、特別会員（会員死亡後は、認定配偶者）の氏名を記入してください。
なお、特別会員（会員死亡後は、認定配偶者）が請求する場合は、請求欄の押印を省略することができます。
- 3 **会員の年齢**は、請求日現在の年齢を記入してください。**療養者の年齢**は、療養月の1日現在の年齢を記入し、**療養者の生年月日**の元号及び**続柄**は、該当するものに○印を付けてください。（特別会員死亡後も、認定配偶者の療養分の請求にあたっては、続柄は「1配偶者」のままとなります。）

※下記4及び5は、2020年4月以降の療養分の請求には記入が不要です。

- 4 **療養者の健康保険証の記号・番号**を記入し、該当する保険の番号に○印を付けてください。
 - 5 **療養者の所得区分**について、該当する番号に○印を付けてください。**所得区分や所得要件が不明な場合は、加入している保険者に確認してください。**
なお、後期高齢者医療制度、市町村老、障がいに対応する方は、「70歳以上の方」の欄の番号に○印を付けてください。（69歳以下の方で、この適用を受けている方も同じです。）
- 6 **請求内訳欄**は、外来・入院別に分け、医療機関毎に1か月分をまとめた保険診療内の自己負担額を記入してください。
 - 7 **治療用装具を作成したとき**は、保険者（健康保険）に申請が必要です。申請には、領収書の原本が必要となります。（申請前に領収書のコピーを忘れずにおとりください。）
互助会に請求するときは、領収書のコピーと保険者からの「支給決定通知書」のコピーをこの請求書に添付し提出してください。
※「支給決定通知書」が発行されない場合は、通帳のコピーを添付してください。
 - 8 食事療養費及び医療保険診療以外の医療費、医療保険診療でも、はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧、介護保険による介護サービス等は対象にはなりません。
 - 9 請求書には、①領収書（コピー可。下記の添付する場合の留意事項の（2）が備わっているもの）又は医療機関の証明書（コピー可）②医療機関の証明一覧表（別記様式1-2）のいずれかを添付してください。
【添付する場合の留意事項】
（1）コピーが不鮮明なものは添付しないでください。
（2）領収書、医療機関の証明書は、受診者名、受診日又は入院期間（調剤薬局は、処方箋発行日）、外来・入院の別、保険点数、領収金額、医療機関名、領収日の記載のあるもの
（3）領収書等は、この請求書と同じ大きさの台紙（コピー用紙等）に貼って添付してください。（注：請求書用紙及び医療機関の証明一覧表に直接貼らないこと。）
（4）提出された領収書等はコピーも含め、お返しできません。
 - 10 審査上、他に必要な書類を求める場合があります。
 - 11 給付金は、月の10日（土・日・休日の場合は前営業日）までに受付けたものについて、翌月の10日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に送金します。提出された請求書が書類不備により返戻された場合は、再度受付けた日が新たな受付日になります。

互助会に登録されている送金先金融機関や住所等に変更がある場合は、忘れずに『特別会員等変更事項届』（別記様式5）を提出してください。