

2020年4月以降診療分の

「医療費給付金請求書」の作成にあたっての留意事項

(注意) 令和2年4月1日以降に加入した方で、加入時に医療費給付事業を選択していない特別会員及び認定配偶者は、医療費給付金の対象になりません。

医療費給付金は、保険内診療の自己負担額を対象に給付します。

1. 給付の対象とならないもの

次に掲げるものは、医療費給付金の対象となりません。

- ◆保険外の診療代 ◆入院時の食事療養費 ◆病衣代 ◆インフルエンザ等の予防接種料 ◆選定療養費
- ◆はり、きゅう、あんま、マッサージ、指圧等（健康保険の適用となっても対象にはなりません） ◆容器代
- ◆文書証明手数料 ◆健康診断料（人間ドック、婦人科検診など） ◆市販薬、配置薬の代金
- ◆その他 健康保険の対象とならないもの
- ◆介護保険による介護サービス（健康保険とは異なるため、医療費給付金の対象になりません）

2. 請求期限

請求期限は、**事実発生（療養年月）から3年**です。

医療機関等への照会が必要となる場合もあるため、できるだけ速やかに請求してください。

3. 給付対象額と給付額について

特別会員又は認定配偶者それぞれの1か月間（月の初日から末日まで）の診療に対し、実際に医療機関へ支払った自己負担額※（以下「給付対象額」といいます。）が10,167円以上になったとき請求してください。

1か月の給付対象額（外来計と入院計の合計）が25,000円を超える場合は、25,000円となります。

更に、4月1日において70歳になる年度から外来計が15,000円を超える場合は15,000円となります。

給付額は、給付対象額から10,000円を控除した額の6割（100円未満切り捨て）となります。

【計算例】 ① 1か月の給付対象額が、10,167円の場合

$$(10,167 - 10,000) \times 0.6 = 100 \quad \text{給付金は100円です。}$$

② 1か月の給付対象額が、25,000円以上の場合

$$(25,000 - 10,000) \times 0.6 = 9,000 \quad \text{給付金は9,000円です。}$$

※医療機関発行の領収書に記載の健康保険診療の自己負担額に対する支払額（高額療養費の委任払い等、一部支払った場合はその額）

※医療機関で支払後に、健康保険の保険者からの還付や自治体からの助成金等があっても、給付対象額から控除しません。

ただし、治療用器具は控除します。 → 2頁「7. 治療用器具の取扱い」参照

4. 同一年度受診分の給付総額（限度額）について

同一年度の受診（4月～翌年3月受診分）に対する給付総額（限度額）は、下表のとおり、療養者ごとに、4月1日における療養者の年齢により異なります。年度の途中で限度額に達した時点で、その年度の給付は終了となります。

4月1日の療養者の年齢	69歳以下	70歳～74歳	75歳以上
同一年度受診分の給付総額(限度額)	8万円	6万円	4万円

5. 請求書作成上の留意点 → 3頁 記入例参照

ご記入の前には、必ず記入例及び「医療費給付金請求書」裏面の注意事項もご確認ください。

(1) 請求書は、**療養者ごと、療養月ごと**に作成してください。

(2) **療養年月欄**について

月をまたがって入院した場合は、**医療費を支払った月ではなく、診療を受けた月別に**分けて請求してください。

【例】6月22日から7月5日まで入院し、7月5日にお支払いされた場合

→6月分と7月分の2枚の請求書を作成してください。

(3) **2020年4月以降の診療分は、「健康保険証の記号・番号・種類」及び「所得区分」の欄の記入は必要ありません。**

(4) 請求内訳の外来分の欄が不足した場合は、入院分の欄に記入してください。

(5) 請求年月日、郵便番号、電話番号、住所、氏名の記入と押印（特別会員は省略可）してください。

裏面も必ずご覧ください。

6. 添付書類（領収書・医療機関の証明等）

請求書には、必ず、次の項目のある領収書（コピー可）、医療機関の証明（コピー可）、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。

なお、下記の項目が、領収書とは別の領収明細書に記載されている場合は、そちらも添付してください。

【領収書等に必要な項目】

- ①受診者名 ②受診日又は入院期間（調剤薬局は処方箋発行日） ③外来、入院の別 ④保険点数
⑤領収金額 ⑥医療機関名 ⑦領収日

【領収書を添付する場合の留意点】

- ・領収書の全面が見えるよう重ならないように実寸で鮮明にコピーしてください。
- ・領収書は、A4判にコピーをとるか、A4判の台紙（コピー用紙等）に貼ってください。
台紙には半紙、和紙のような薄い紙、チラシや厚い紙を使用しないでください。

◆提出された領収書等は、コピーも含めお返しできません。（注1）（注2）

（注1）高額療養費の申請をする場合は互助会への領収書原本の提出にご注意ください。

健康保険の保険者への申請には、領収書の原本が必要となります。保険者への申請後に互助会へ請求する、または領収書のコピーを添付し請求してください。

※ 高額療養費の詳細については、加入している健康保険の保険者へ確認してください。

（注2）所得税の確定申告をする場合は、互助会への請求には領収書のコピーを添付してください。

【『医療機関の証明一覧表』（別記様式1-2）を添付する場合】→ 4頁参照

7. 治療用装具の取扱い

治療用装具を作成したときは、健康保険の保険者に申請が必要です。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取りください。）

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請求書に添付してください。

※支給決定通知書が発行されない場合は、治療用装具費入金済みの通帳のコピーを添付してください。

※補聴器や車いす等は医療費ではなく、障がい者自立支援に該当するため、対象となりません。

※治療用装具と補装具は異なります。

8. 受付締切日と送金日について

医療費給付金請求書は、診療月の翌月から受付を開始します。

月の10日（土・日・休日の場合は前営業日）までに互助会で受付たものは、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。

※書類不備により返戻された場合は、互助会が再受付した日が新たな受付日となります。

※給付が決定しましたら、送金日の数日前に給付決定通知書を送付します。

9. お問い合わせ

ご質問、ご相談、用紙の請求などは福祉相談室の直通電話をご利用ください。

なお、医療費給付金請求書はホームページからダウンロードできます。

◆教職員互助会福祉相談室◆

【互助会ホームページアドレス】 <http://www.hkkg.or.jp/>

直通電話 011-271-5229 FAX 011-271-5230

月～金曜日 9:00～17:00（休日及び12月29日～1月3日を除く）

※直通電話が繋がらない場合は、代表電話におかけ直してください。

代表電話 011-271-5225 FAX 011-271-6990

月～金曜日 8:45～17:30（休日及び12月29日～1月3日を除く）

(R3.4)

2020年4月以降診療分の医療費給付金請求書の記入例

☆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。

別記様式1

給付コード	02	医療費給付金請求書				(注)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。				保険コード		
特別会員番号	012345	会員番号は右づめに記入してください。				健康保険証の記号・番号・種類(該当番号に○印)						
フリガナ	ゴジョ タロウ		現在の年齢		記号	番号						
会氏員名	互助 太郎		76 歳		1. 国保			6. 市町村共済(現職・任継)				
フリガナ	ゴジョ ハナコ		療養月の1日の年齢		3. 協会けんぽ							
療養者名	互助 花子		75 歳		4. 公費							
療養者の生年月日	(該当に○印) 明治 大正 昭和		続柄		5. 未就学児							
	20 年 6 月 9 日		0 本人 1 配偶者		69 歳以下の方							
療養年	西暦で記入		2021 年 5 月		70 歳以上の方			住民税課税			住民税非課税	
					1 現役並み所得者			2 一般		3 低所得者Ⅱ		4 低所得者Ⅰ
請求内容	外来分		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			
	○○○○内科医院		3,500 円		○△○△病院				15,000 円			
	△△△△調剤薬局		5,600 円									
	□□□□歯科医院		4,600 円									
	○○△義肢製作所		3,000 円									
外来請求額		16,700 円		入院請求額		15,000 円		合計請求額		31,700 円		
請求	上記のとおり請求します。				令和 3 年 7 月 5 日							
請求	一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長 様				(〒 123 - 4567) TEL (090) 123 - 4567				住所 札幌市○区△△条××丁目1-8 □□□□マンション215号室			
	氏名 互助太郎				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。

2020年4月以降の診療分を請求するときは、健康保険証・所得区分欄の記入は不要です。

治療用装具の負担額は領収金額と支給決定額の差額を記入してください。

4月1日において療養者が70歳になる年度から、1か月の外来計は15,000円が請求上限ですが、互助会で読み替えますので、そのまま合計してください。

1か月の外来計と入院計の合計は25,000円が請求上限ですが、互助会で読み替えますので、そのまま合計してください。

受付印

摘要	入力金額	外	他	十	万	入	高	十	万	
	無条件送金			修正		2次		担当		整理番号

領収書を添付できない場合

【『医療機関の証明一覧表』（別記様式1-2）を添付する場合】

- ・「医療機関の証明一覧表」の用紙は、互助会からお取り寄せいただくか、ホームページからダウンロードしてください。
- ・「医療機関の証明」欄は、医療機関で証明を受けてください。
- ・療養者ごと、療養月ごとに証明を受けてください。
- ・医療機関の証明は、有料になる場合があります。その費用は互助会の給付対象外です。

【記入例】

本人が記入してください。

別記様式1-2

医療機関の証明一覧表

特別会員番号	▼
令和	年 月 療養分

医療機関の証明	療養者氏名	左の内訳	該当番号どちらかに○印		診療科目
	(西暦で記入) 療養期間 20 年 月 日から 日まで		1. 外来	日間	
	療養に要した費用 ・レセプト点数 (柔道整復は保険療養費の総額)		2. 入院		
	上記のとおり証明する。				円
	所在地				年 月 日
	医療機関				番
	名称				印

医療機関で証明を受けてください。