

給付 0 2

医療費給付金請求書

☆療養者毎に1か月分をまとめて1枚の請求書で請求してください。
☆太線の内側を記入、押印してください。
☆裏面を参照のうえ作成してください。

必ずご記入ください。

特別会員番号	0				右づめに記入してください。	一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長 様				
フリガナ					特別会員は押印を省略できます。裏面注意事項2参照	(記入日) 令和 年 月 日				
会 員 (請求者) 氏 名					(印)	左記の請求者は本紙記載のとおり請求します。				
療 養 者 氏 名	(姓)	フリガナ		(名)	* TEL - -					
療養者の生年月日	大正 昭和 平成 (元号に○)	続柄	本人 0	配偶者 1	* 住 所 〒 - -					
療 養 年 月	西暦で記入	2 0	年		* 請求者に代わって請求書を記入した方の日中連絡先					
請求額	外来	領収書(明細書・内訳書を除く)		保険診療の負担額合計	円	入院	領収書(明細書・内訳書を除く)		保険診療の負担額合計	円

(互助会使用欄)

千	円	二次審査	十	万	千	円	十	万	千	円
無条件給付額	0 0		外				入			
修正コード										

請求者使用欄(取りまとめにご利用ください。)	請求内訳(記入は任意です。)	外来分 医療機関名及び保険調剤薬局名	保険診療の負担額	外来分 医療機関名及び保険調剤薬局名	保険診療の負担額
	①		円	⑨	円
	②		円	⑩	円
	③		円	⑪	円
	④		円	⑫	円
	⑤		円	入院分 医療機関名	保険診療の負担額
	⑥		円	⑬	円
	⑦		円	⑭	円
	⑧		円	⑮	円

(互助会受付印)

整理番号	
------	--

注意事項

請求書の記入等について

- 1 医療費給付金請求書（以下「請求書」という。）は、療養者毎、療養年月毎に1枚に、1か月間の外来分・入院分をまとめて記入してください。外来は通院した年月、入院は入院期間の属する年月が療養年月となります。（医療機関に医療費を支払った年月ではありません。）月をまたいで入院は月末で区切り、翌月分は別の請求書を作成してください。
- 2 **会員（請求者）氏名欄**は、特別会員（会員死亡後は、認定配偶者。会員及び認定配偶者が死亡後は、医療費給付規程第4条で定める遺族）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、押印を省略することができます。
- 3 **療養者の生年月日欄の元号及び続柄欄**は、該当するものに○印を付けてください。（認定配偶者の療養分の請求にあたっては、特別会員死亡後も、続柄は「配偶者」のままとなります。）
- 4 **請求欄**は、記入日と請求者住所等を記入してください。
また、請求者に代わって請求書を記入した方は、日中連絡先を記入してください。
なお、複数枚の請求書を同時に提出する場合は、いずれか1枚の請求欄をご記入ください。（記入日は全ての請求書に記入してください。）
- 5 **請求額欄**は、添付する療養年月分の領収書を外来と入院に分け、領収書の枚数と保険診療の負担額の合計を記入してください。（領収書とは別に発行されている領収明細書、領収内訳書は含めないでください。）
添付する領収書等の枚数は、次のように数えてください。
 - (1) 2枚の領収書をA4判の用紙1枚にコピーした場合は、領収書が2枚としてください。
 - (2) 医療機関発行の証明書は医療機関毎、月別に1枚としてください。
 - (3) 医療機関の証明一覧表（別記様式1-2）は、4段全ての段に証明を受けた場合でも1枚とし、2枚目にも証明を受けたときは2枚としてください。保険診療の負担額合計には、対象外のものを含めないでください。
（対象外） 食事療養費及び保険診療以外の医療費、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
治療用装具の請求は下記8を参照してください。
- 6 **請求内訳欄**の記入は任意です。取りまとめに必要な場合にご利用ください。

添付書類等について

- 7 請求書には、①領収書（コピー可）又は医療機関発行の証明書（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) 領収書、医療機関発行の証明書は、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
 - (2) 領収書、医療機関発行の証明書のサイズがA4判（この請求書用紙と同サイズ）より小さい場合は、A4判の用紙（コピー用紙など）に貼ってください。（注：請求書用紙に直接貼らないでください。）また、コピーを提出する場合は、A4判の用紙に鮮明にコピーをとり、切り取らないでそのまま添付してください。
 - (3) 提出された領収書等はコピーも含め、お返しできません。
- 8 **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。
治療用装具の保険診療の負担額は領収書に記載された額から支給決定額を差し引いた後の額で請求してください。ただし、差し引いた後の額は、健康保険の基準で調整することがあります。
※補装具は対象外です。治療用装具とは異なります。
※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、対象外です。
- 9 審査上、上記7及び8の他に必要な書類を求める場合があります。

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。