

医療費給付金の請求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、保険診療の自己負担額を対象に給付します。

1 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。

2 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）

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。

さらに、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

$(10,167 - 10,000) \times 0.6 = 100$ 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

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

※医療機関発行の領収書に記載の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、治療用装具は控除します。 → 請求書裏面の「添付書類等について」の8参照

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、療養者毎に、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 請求書の記入にあたっては、3頁の記入例と請求書裏面の注意事項を参照してください。

6 添付書類（領収書等）

請求書には、必ず、領収書（コピー可）、医療機関発行の証明書（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。

また、請求書裏面の「添付書類等について」及び次のことにご注意ください。

(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。

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

(3) 『医療機関の証明一覧表』（別記様式1-2）を添付する場合は、4頁を参照してください。

裏面もご覧ください。

7 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）に登録口座に送金します。

※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。

8 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

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。

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」及び「医療機関の証明一覧表」はホームページからダウンロードできます。

【互助会ホームページアドレス】 <https://www.hkkg.or.jp>
トップページ>様式集>特別会員の様式

◆教職員互助会福祉相談室◆

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、特別会員グループにおかけ直してください。

特別会員グループ 011-211-6071 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）

(R6.9)

医療費給付金請求書の記入例

別記様式1		医療費給付金請求書										特別会員(会員死亡後は認定配偶者)は押印省略可										めて1(請求者住所等)は同時に提出する請求書のいずれか1枚に記入してください。																			
給付		0		2												右づめに記入ください。																									
特別会員番号		0		1		2		3		4		5		特別会員は押印を省略できます。裏面注意事項2参照																											
フリガナ		ゴジョ タロウ										特別会員は押印を省略できます。裏面注意事項2参照																													
会(請求者)氏名		互助 太郎										互助																													
療養者氏名		(姓) 互助										フリガナ ハナコ (名) 花子																													
療養者の生年月日		大正 昭和 平成 (元号に○) 22 年 6 月 9 日										続柄 本人 0 (会員と療養者の関係に○) 配偶者 1 (会員死亡後も配偶者のまま)																													
療養年		西暦で記入 2024 年 5 月																																							
請求額		外来 4 枚										保険診療の負担額合計 16,700 円										入院 1 枚										15,000 円									
請求額		外来 4 枚										保険診療の負担額合計 16,700 円										入院 1 枚										15,000 円									
請求額		外来 4 枚										保険診療の負担額合計 16,700 円										入院 1 枚										15,000 円									

必ずご記入ください。

一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長

(記入日) 令和 6 年 8 月 日

左記の請求者は本紙記載のとおり請求します。

(請求者住所等) 複数枚の医療費給付金請求書を同時に提出する場合、*の項目はいずれかの1枚に記入してください。

* TEL 090-1234-5678

* 住所 〒123-4567

札幌市〇区△△条××丁目1-2

〇〇〇〇マンション215号室

* 請求者に代わって請求書を記入した方の日中連絡先

氏名	請求者との関係	日中連絡先(電話番号)
互助良夫	長男	090-2345-6789

領収書(明細書・内訳書を除く) 保険診療の負担額合計

領収書(明細書・内訳書を除く) 保険診療の負担額合計

(互助会使用欄)

4月1日において療養者が70歳になる年度から1か月の外来請求額は15,000円が上限ですが、互助会で読み替えますので、そのままの額を記入してください。	万	千	円		

1か月の外来請求額と入院請求額の合計は25,000円が上限ですが、互助会で読み替えますので、そのままの額を記入してください。	千	円		

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	〇〇〇内科医院	3,500 円	⑨		円
②	△△△調剤薬局	5,600 円	⑩		円
③	□□□歯科医院	4,600 円	⑪	治療用装具 は、領収額から保険者（健康保険）の支給決定額を差し引いた後の額。	円
④	〇〇義肢製作所	3,000 円	⑫		円
⑤		円		入 院 分 医療機関名	保険診療の負担額
⑥		円	⑭	〇△〇病院	15,000 円
⑦		円	⑮		円
		円	⑯		円

請求内訳の記入は任意です。
領収書の枚数が多い、治療用装具の請求など、保険診療の負担額合計の取りまとめにご利用いただけます。

☎060-8560 札幌市中央区北1条西6丁目2番地 損保ジャパン札幌ビル5階

☎ 011-271-5229 (福祉相談室直通) 011-211-6071 (特別会員グループ直通) 011-271-5225 (代表)

整理番号

(R5.4)

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。
- ・療養者毎、療養年月毎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。

特別会員番号	
令和	年 月 療養分

別記様式１－２

医療機関の証明一覧表

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	
	療養期間	(西暦で記入) 20 年 月 日から 月 日まで		1. 外来 2. 入院	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)			の負担額			円
	医療機関で証明を受けてください。						年 月 日
	上記のとおり証明する。						番
	所在地						
	医療機関						
	名称						
		印					