

健康保険証発行元の「医療費通知書」(医療費のお知らせ)をもとに
請求する様式です。医療機関で証明をとる様式ではありません。

69才以下
入院

様式第7号-4号
(2 ~11) (12)
000000 1

医療補助金
療養見舞金

請求書

医療費通知用

項目番号				連番		区分	特例金額1						特例金額2				
23	24	25	26	27~31		32	33	34	35	36	37		38	39	40	41	42
4	Q	M	O														

請求できるのは、令和7年4月「受診」分からです。

「医療費通知書」(医療費のお知らせ)をもとに下記太枠内を全て記入してください。

退職会員番号(6桁) (13~22)						退職会員名 (または遺族会員名)						退職年月										
												平成 令和	年	月								
住所												電話番号										
受診者名									受診者の生年月日 (43~49)													
									昭和	年	月	日										
退職会員との続柄 (50)									制度適用区分 (51)													
1. 本人 2. 配偶者 3. 遺族会員									2. (身体・精神)障害者(級)													
加入医療保険名 該当に○												該当する場合、身体か精神に○をし、級を記入										
(52) B 国民健康保険 E 地方職員共済組合 C 協会けんぽ(社保) F 市町村職員共済組合 D 公立学校共済組合 G 私学共済組合 H その他 (健保組合)									(53) 1 本人 2 被扶養者	(54) 1 任意継続												
									「その他」の場合、正式名称か保険者番号を記入													
受診年月			医療機関名			負担割合 該当に○			医療費の総額			自己負担相当額										
(55~59) 5. 令和 年 月						1 割 2 割 3 割			(60~65) 円			円										
入院期間																						
(66~72) 5. 令和 年 月 日					(73~79) 5. 令和 年 月 日					継続中 退 院												
受診年月			医療機関名			負担割合 該当に○			医療費の総額			自己負担相当額										
(80~84) 5. 令和 年 月						1 割 2 割 3 割			(85~90) 円			円										
入院期間																						
(91~97) 5. 令和 年 月 日					(98~104) 5. 令和 年 月 日					継続中 退 院												

○この様式で請求できるのは「令和7年4月受診分」からです。令和7年3月までの受診分は、この様式で請求できません。提出されても返却いたします。

証明料			
0	0	0	0

○必ず「医療費通知書」(医療費のお知らせ)のコピーを1枚同封して下さい。(糊付け不可)

○裏面(2ページ目)の注意事項も必ずお読みください。

請求について

送り先： 〒514-8577（住所記入不要）
三重県退職教職員互助会

①この用紙は、69才以下の方の入院保険診療分を請求するための用紙です。

※70歳になった月末の受診分までご使用ください。（1日生まれの方は前月まで）

（他に69才以下の方の外来用、70歳以上の方の外来用、入院用があります）

②給付対象となるのは、医療費通知書の1行毎に、「医療費の総額」が15,010円以上、かつ、「支払った医療費の額（自己負担相当額）」が4,500円以上の場合です。

③医療費明細欄は、「医療費通知書」（医療費のお知らせ）を元に記入して下さい。

※上記②の請求対象となる医療費の内、上記①にあるとおり69才以下の受診分で、入院分のみを医療費通知書の上から順に記入して下さい。

医療機関ごとにまとめる必要はありません。

※領収書等を参考に入院期間を記入して下さい。領収書の添付は不要です。

※入院以外の受診分は外来用の請求書に記入して下さい。この用紙では請求できません。

※請求書1枚につき、記入できるのは2か月分です。

（請求する月数÷2）枚の請求書を用意して下さい。

※「医療費通知書」（医療費のお知らせ）のコピーを1枚同封して下さい。（糊付け不要）
請求書の枚数分コピーする必要はありません。

④請求期限は、2年弱です。詳しくは、ホームページまたは退教互だよりでご確認下さい。

⑤身体障害者の方で、医療費が全額公費負担の場合（福祉医療費受給資格が有る場合）、
「制度適用区分」を記入してください。医療補助金は対象外ですが、1行ごとの
「医療費の総額」が300,000円以上ある場合、見舞金として3,000円を給付します。

⑥給付額表はつぎのとおりです。「医療費の総額」に該当する金額を給付します。
ただし、健康保険制度等から助成がある場合、「負担額」に該当する金額となります。

負担額・・・支払った医療費の額（自己負担相当額）

医療費の総額	負担額	給付額	医療費の総額	負担額	給付額
15,010円 ～20,000円	4,500円 ～6,000円	1,000円	50,010円 ～60,000円	15,001円 ～18,000円	11,000円
20,010円 ～30,000円	6,001円 ～9,000円	2,000円	60,010円 ～70,000円	18,001円 ～21,000円	14,000円
30,010円 ～40,000円	9,001円 ～12,000円	5,000円	70,010円 ～80,000円	21,001円 ～24,000円	17,000円
40,010円 ～50,000円	12,001円 ～15,000円	8,000円	80,010円～	24,001円～	20,000円

※60歳誕生月の受診分までは、上記給付額表の半額を給付します。

※「負担額」の区分はあくまで概算であり、「負担額」に該当する給付額とは異なる場合があります。