

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			
23	24	25	26
4	Q	M	0

連番					
27~31					

区分	特例金額1					
32	33	34	35	36	37	

特例金額2					
38	39	40	41	42	

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 C 協会けんぽ(社保) D 公立学校共済組合 H その他(健保組合)					(53) 1 本人 2 被扶養者		(54) 1 任意継続
受診年月 (55~59)		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
5. 令和 年 月				1割 2割 3割		円	円
入院期間 (66~72) (73~79) 繼続中 5. 令和 年 月 日 ~ 5. 令和 年 月 日 退院							
受診年月 (80~84)		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
5. 令和 年 月				1割 2割 3割		円	円
入院期間 (91~97) (98~104) 繼続中 5. 令和 年 月 日 ~ 5. 令和 年 月 日 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
15,010円 ～20,000円	4,500円 ～6,000円	1,000円
20,010円 ～30,000円	6,001円 ～9,000円	2,000円
30,010円 ～40,000円	9,001円 ～12,000円	5,000円
40,010円 ～50,000円	12,001円 ～15,000円	8,000円

医療費の総額	負担額	給付額
50,010円 ～60,000円	15,001円 ～18,000円	11,000円
60,010円 ～70,000円	18,001円 ～21,000円	14,000円
70,010円 ～80,000円	21,001円 ～24,000円	17,000円
80,010円～	24,001円～	20,000円

※60歳誕生日の受診分までは、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。