

69才以下
入院様式第7号-2号
(2~11)(12)
000000 1医療補助金
療養見舞金 請求書69才以下
入院

| 項目番号 | | | |
|------|----|----|----|
| 23 | 24 | 25 | 26 |
| 4 | Q | M | O |

| 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 |

○会員の方へ・・・裏面をよく読んで上半分太枠の欄を記入して下さい。
() 内の数字は気にしていただく必要はありません。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------|--|--|--|------------------|--|--|--------------|------------------|--|---|--|---|--|---|
| 会員 記入欄 | 退職会員番号 (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. 身体障害者(級) | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------|----------|-------------|--------------|-----|--|---------|---------|-----------|-----------|--------------|----------------------------|--|
| 医療機関 記入欄 | 入院医療証明書 | | | | | | | | | | | | | |
| | 受診者名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 加入医療保険名 (必ず証明してください。「H その他」の場合、正式名称か保険者番号を記入してください。) | | | | | | | | | | | | | |
| | (52) | | | | E 地方職員共済組合 | | | | (53) | | | | (54) | |
| | B 国民健康保険 | | | | F 市町村職員共済組合 | | | | 1 本人 | | | | 1 任意継続 | |
| | C 協会けんぽ(社保) | | | | G 私学共済組合 | | | | 2 被扶養者 | | | | | |
| | D 公立学校共済組合 | | | | H その他(健保組合) | | | | | | | | | |
| | H その他() | | | | | | | | | | | | ※保険診療分に対する自己負担金額を記入してください↓ | |
| | 受診年月 | | 負担割合 | | | 受診科 | | | 保険診療点数 | | 自己負担金額(※) | | | |
| | (55~59) | | 1割 2割 3割 | | | | | | (60~65) | | 点 円 | | | |
| 5. 令和 年 月 | | | | | | | | 点 | | 円 | | | | |
| 入院期間 | | | | | | | | | | | | | | |
| (66~72) | | | | (73~79) | | | | 継続中 | | | | 退院 | | |
| 5. 令和 年 月 日 | | | | 5. 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 受診年月 | | 負担割合 | | | 受診科 | | | 保険診療点数 | | 自己負担金額(※) | | | | |
| (80~84) | | 1割 2割 3割 | | | | | | (85~90) | | 点 円 | | | | |
| 5. 令和 年 月 | | | | | | | | 点 | | 円 | | | | |
| 入院期間 | | | | | | | | | | | | | | |
| (91~97) | | | | (98~104) | | | | 継続中 | | | | 退院 | | |
| 5. 令和 年 月 日 | | | | 5. 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| ※保険診療分に対する自己負担金額を記入してください↓ | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。 | | | | 年 月 日 | | | | 証明料 | | | | 円 | | |
| 保険医療機関名 | | | | | | | | | | | | ↑証明料を記入して下さい | | |
| 代表者名 | | | | | | | | 印 | | | | | | |

○医療機関の方へお願い

- ・証明欄はレセプトごとにすべて欄をご記入ください。
- ・証明手数料は1枚500円をお願いします。

問い合わせ先：

三重県退職教職員互助会
TEL:059-226-5235

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歳になられた月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必ず医療機関ごと、受診月ごとに証明をとってください。
用紙1枚で、最大2ヶ月分まで記入できます。
- ③給付対象となるのは、1ヶ月の保険診療点数が1501点以上、かつ、自己負担金額が4,500円以上の場合です。
- 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にてご確認下さい。
- ⑤「制度適用区分」は、医療費が全額公費負担の場合のみ○で囲んでください。
医療補助金は対象外ですが、1ヶ月の保険診療点数が30000点以上ある場合、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。ただし、健康保険制度等から助成がある場合、最終自己負担額を点数に換算し、該当金額を給付します。

| 点数区分 | 給付額 | 点数区分 | 給付額 |
|-------------|--------|-------------|---------|
| 1501点～2000点 | 1,000円 | 5001点～6000点 | 11,000円 |
| 2001点～3000点 | 2,000円 | 6001点～7000点 | 14,000円 |
| 3001点～4000点 | 5,000円 | 7001点～8000点 | 17,000円 |
| 4001点～5000点 | 8,000円 | 8001点以上 | 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。

※2023（令和5）年3月以前の受診分の給付額はホームページをご確認下さい。

三重県公立学校職員互助会（現職互助会）や共済組合との重複請求を防ぐため、請求時から過去2年間に再任用や講師等で公立学校へ勤務した方やその被扶養者は、勤務期間をご記入下さい。

勤務期間：

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |