

**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 外来	様式第7号-3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	特例金額3
23 24 25 26	27~31	32 33 34 35 36 37	38 39 40 41 42	43 44 45 46 47	
4 Q L 0					

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 (48~54)
		昭和 年 月 日
退職会員との続柄 (55)		制度適用区分 (56)
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○ (57) B 国民健康保険 E 地方職員共済組合 (58) 1 本人 (59) 1 任意継続 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) <small>「その他」の場合、正式名称か保険者番号を記入</small>		
受診年月 (60~64) 5. 令和 年 月		負担割合 該当に○ 1割 2割 3割 (65~70) 円
(71~75) 5. 令和 年 月		1割 2割 3割 (76~81) 円
(82~86) 5. 令和 年 月		1割 2割 3割 (87~92) 円

○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

○請求書1枚につき、記入できるのは3か月分です。(請求する月数÷3)枚の請求書を用意して下さい。

○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才以下の方の外来保険診療分を請求するための用紙です。

※70才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才以下の方の入院用、70才以上の方の外来用、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、

入院分以外(外来、調剤、歯科など)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。

※入院分は入院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3か月分です。

(請求する月数÷3)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医療機関には該当しない「接骨院・整骨院」や鍼灸・装具代などについては対象外です。

⑤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。

⑥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。

⑦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。