

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					
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○												該当する場合、身体か精神に○をし、級を記入											
(57) 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) ←												(58) 1 本人 2 被扶養者	(59) 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											
(60~64) 5. 令和      年      月						1 割   2 割   3 割			(65~70) 円			円											
(71~75) 5. 令和      年      月						1 割   2 割   3 割			(76~81) 円			円											
(82~86) 5. 令和      年      月						1 割   2 割   3 割			(87~92) 円			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。