

70才以上  
入院

様式第8号-2号  
(2~11)(12)  
000000 1

医療補助金  
療養見舞金 請求書

70才以上  
入院

| 項目番号 |    |    |    |
|------|----|----|----|
| 23   | 24 | 25 | 26 |
| 4    | Q  | K  | 0  |

| 連番    |  |
|-------|--|
| 27~31 |  |

| 特例金額1 |    |    |    |    |
|-------|----|----|----|----|
| 32    | 33 | 34 | 35 | 36 |

| 特例金額2 |    |    |    |    |
|-------|----|----|----|----|
| 37    | 38 | 39 | 40 | 41 |

○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<br>記入欄 | 退職会員番号(6桁)<br>(13~22) |  |  |  | 退職会員名 (または遺族会員名)  |  |  |  |
|           | 住所                    |  |  |  | 電話番号              |  |  |  |
|           | 受診者名                  |  |  |  | 受診者の生年月日 (42~48)  |  |  |  |
|           | 退職会員との続柄 (49)         |  |  |  | 制度適用区分 (50)       |  |  |  |
|           | 1. 本人 2. 配偶者 3. 遺族会員  |  |  |  | 2. (身体・精神)障害者( 級) |  |  |  |
|           | 2. 大正<br>3. 昭和        |  |  |  | 年 月 日             |  |  |  |

|             |   |  |                          |  |  |                                       |  |                        |  |                 |  |
|-------------|---|--|--------------------------|--|--|---------------------------------------|--|------------------------|--|-----------------|--|
| 医療機関<br>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。)                 |  |                        |  |                 |  |
|             | (51)<br>1 国民健康保険<br>2 国民健康保険以外(該当に○)<br>・後期高齢 ・協会けんぽ<br>・その他( 健保組合) |  |                          |  |  | (52)<br>1 本人<br>2 被扶養者                |  |                        |  |                 |  |
|             | 受診年月<br>(53~57)<br>5. 令和 年 月  |  | 負担割合<br>(58)<br>1割 2割 3割 |  |  | 受診科                                   |  | 保険診療点数<br>(59~64)<br>点 |  | 自己負担金額(※)↓<br>円 |  |
|             | 入院期間<br>(65~71) 5. 令和 年 月 日 ~ (72~78) 5. 令和 年 月 日 継続中<br>退院         |  |                          |  |  |                                       |  |                        |  |                 |  |
|             | 受診年月<br>(79~83)<br>5. 令和 年 月  |  | 負担割合<br>(84)<br>1割 2割 3割 |  |  | 受診科                                   |  | 保険診療点数<br>(85~90)<br>点 |  | 自己負担金額(※)↓<br>円 |  |
|             | 入院期間<br>(91~97) 5. 令和 年 月 日 ~ (98~104) 5. 令和 年 月 日 継続中<br>退院        |  |                          |  |  |                                       |  |                        |  |                 |  |
|             | ※食事療養費・生活療養費を除く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。<br>保険医療機関名<br>代表者名                                     |  |                          |  |  | 年 月 日<br>証明料<br>円<br>↑証明料を記入して<br>下さい |  |                        |  |                 |  |

該当する場合、  
身体が精神に○をし、  
等級を記入

「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

印

○医療機関の方へお願い

- ・証明欄はレセプトごとに2,001点以上の受診年月分をご記入ください。
- ・証明手数料は1枚500円(税別)で、ご協力をお願いします。

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、70才以上の方の入院保険診療分を請求するための用紙です。  
※70歳になった翌月からご使用ください。（1日生まれの方は該当月から）  
（他に69才以下の方の外来用、入院用、70歳以上の方の外来用があります）
- 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、医療機関ごと、薬局ごと、  
1ヶ月の保険診療点数が2,001点以上、かつ、自己負担金額が  
1割負担：2,000円以上・2割負担：4,000円以上・3割負担：6,000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をご確認下さい。
- ⑤「制度適用区分」は、医療費が全額公費負担の場合のみ「2」を○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30,000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。「保険診療点数」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。

| 保険診療点数   | 1割負担     |         | 2割負担     |         | 3割負担     |         |
|----------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
|          | 負担額      | 給付額     | 負担額      | 給付額     | 負担額      | 給付額     |
| 2,000点～  | 2,000円～  | 1,000円  | 4,000円～  | 1,500円  | 6,000円～  | 2,000円  |
| 3,001点～  | 3,001円～  | 1,000円  | 6,001円～  | 3,000円  | 9,001円～  | 5,000円  |
| 4,001点～  | 4,001円～  | 2,000円  | 8,001円～  | 5,000円  | 12,001円～ | 8,000円  |
| 5,001点～  | 5,001円～  | 2,000円  | 10,001円～ | 6,000円  | 15,001円～ | 11,000円 |
| 6,001点～  | 6,001円～  | 3,000円  | 12,001円～ | 8,000円  | 18,001円～ | 14,000円 |
| 7,001点～  | 7,001円～  | 4,000円  | 14,001円～ | 10,000円 | 21,001円～ | 17,000円 |
| 8,001点～  | 8,001円～  | 5,000円  |          |         | 24,001円～ | 20,000円 |
| 9,001点～  | 9,001円～  | 6,000円  |          |         |          |         |
| 10,001点～ | 10,001円～ | 7,000円  |          |         |          |         |
| 11,001点～ | 11,001円～ | 8,000円  |          |         |          |         |
| 12,001点～ | 12,001円～ | 9,000円  |          |         |          |         |
| 13,001点～ | 13,001円～ | 10,000円 |          |         |          |         |

※「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。