

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。

70才以上 入院	様式第8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	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

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)		
住所	電話番号		
受診者名	受診者の生年月日 (42~48)		
	2. 大正 3. 昭和 年 月 日		
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)		
加入医療保険名 該当の番号に○	該当する場合、 身体か精神に○をし、 級を記入		
(51) 1 国民健康保険 2 国民健康保険以外(該当に○) ・後期高齢・協会けんぽ ・その他(「その他」の場合、 正式名称か保険者番号を 記入	(52) 1 本人 2 被扶養者	
受診年月 (53~57) 5. 令和 年 月	医療機関名 (58) 1割 2割 3割	負担割合 該当に○ 医療費の総額 (59~64) 円	自己負担相当額
入院期間 (65~71) 5. 令和 年 月 日 ~ 5. 令和 年 月 日	继续中		
退院			
受診年月 (79~83) 5. 令和 年 月	医療機関名 (84) 1割 2割 3割	負担割合 該当に○ 医療費の総額 (85~90) 円	自己負担相当額
入院期間 (91~97) 5. 令和 年 月 日 ~ 5. 令和 年 月 日	继续中		
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、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20,010円以上、

かつ、「支払った医療費の額(自己負担相当額)」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円以上の場合は。

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70才以上の受診分で、

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	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
20,010円～	2,000円～	1,000円	4,000円～	1,500円	6,000円～	2,000円
30,010円～	3,001円～	1,000円	6,001円～	3,000円	9,001円～	5,000円
40,010円～	4,001円～	2,000円	8,001円～	5,000円	12,001円～	8,000円
50,010円～	5,001円～	2,000円	10,001円～	6,000円	15,001円～	11,000円
60,010円～	6,001円～	3,000円	12,001円～	8,000円	18,001円～	14,000円
70,010円～	7,001円～	4,000円	14,001円～	10,000円	21,001円～	17,000円
80,010円～	8,001円～	5,000円			24,001円～	20,000円
90,010円～	9,001円～	6,000円				
100,010円～	10,001円～	7,000円				
110,010円～	11,001円～	8,000円				
120,010円～	12,001円～	9,000円				
130,010円～	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。