

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 記入欄	退職会員番号 (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。)									
	(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(健保組合)				(52) 1 本人 2 被扶養者 ※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 (53~57) 5. 令和 年 月		負担割合 (58) 1割 2割 3割		受診科		保険診療点数 (59~64) 点		自己負担金額(※)↓ 円	
	入院期間									
	(65~71) 5. 令和 年 月 日				(72~78) 5. 令和 年 月 日				継続中 退院	
	受診年月 (79~83) 5. 令和 年 月		負担割合 (84) 1割 2割 3割		受診科		保険診療点数 (85~90) 点		自己負担金額(※)↓ 円	
	入院期間									
	(91~97) 5. 令和 年 月 日				(98~104) 5. 令和 年 月 日				継続中 退院	
※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 ↑証明料を記入して下さい		
保険医療機関名								印		
代表者名										

○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、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歳になられ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、1ヶ月の保険診療点数が2001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	1割負担給付額	2割負担給付額	3割負担給付額
2001点～3000点	1,000円	1,500円	2,000円
3001点～4000点	1,000円	3,000円	5,000円
4001点～5000点	2,000円	5,000円	8,000円
5001点～6000点	2,000円	6,000円	11,000円
6001点～7000点	3,000円	8,000円	14,000円
7001点～8000点	4,000円	10,000円	17,000円
8001点～9000点	5,000円	10,000円	20,000円
9001点～10000点	6,000円	10,000円	20,000円
10001点～11000点	7,000円	10,000円	20,000円
11001点～12000点	8,000円	10,000円	20,000円
12001点～13000点	9,000円	10,000円	20,000円
13001点以上	10,000円	10,000円	20,000円

※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。