

**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 外来	様式第8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	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
4 Q J 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)			
住 所		電 話 番 号		
受 診 者 名		受診者の生年月日 (47~53)		
		2. 大正 年 月 日 3. 昭和		
退職会員との続柄 (54)		制度適用区分 (55)		
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○				
(56) 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)		「その他」の場合、 正式名称か保険者番号を 記入		
		(57) 1 本人 2 被扶養者		
		該当する場合、 身体か精神に○をし、 級を記入		
受 診 年 月		負 担 割 合 該当に○	医療費の総額	自己負担相当額
(58~62) 5. 令和 年 月		(63) 1割 2割 3割	(64~69) 円	
(70~74) 5. 令和 年 月		(75) 1割 2割 3割	(76~81) 円	
(82~86) 5. 令和 年 月		(87) 1割 2割 3割	(88~93) 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、70才以上の方の外来保険診療分を請求するための用紙です。

※70才になった翌月の受診分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才以上の方の入院用があります)

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	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～30,000円	2,000円～3,000円	1,000円	4,000円～6,000円	1,500円	6,000円～9,000円	2,000円
30,010円～40,000円	3,001円～4,000円	1,000円	6,001円～8,000円	3,000円	9,001円～12,000円	5,000円
40,010円～50,000円	4,001円～5,000円	2,000円	8,001円～	5,000円	12,001円～	8,000円
50,010円～60,000円	5,001円～6,000円	2,000円				
60,010円～70,000円	6,001円～7,000円	3,000円				
70,010円～80,000円	7,001円～8,000円	4,000円				
80,010円～	8,001円～	5,000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。