

70才以上
外来

様式第8号
(2~11)(12)
000000 1

医療補助金
療養見舞金 請求書

70才以上
外来

項目番号			
23	24	25	26
4	Q	J	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

特例金額3				
42	43	44	45	46

○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(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 3. 昭和 年 月 日			
	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. 身体障害者(級)			

医療機関 記入欄	外来医療証明書														
	受診者名														
	加入医療保険名 (必ず証明してください。)														
	(56)				(57)										
	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)				1 本人 2 被扶養者										
	受診年月		負担割合 該当に○を付けて下さい		病院...受診科 薬局...病院名		保険診療点数		保険分に対する 自己負担金額(※↓)						
(58~62)		(63)				(64~69)									
5. 令和 年 月		1割 2割 3割				点		円							
(70~74)		(75)				(76~81)									
5. 令和 年 月		1割 2割 3割				点		円							
(82~86)		(87)				(88~93)									
5. 令和 年 月		1割 2割 3割				点		円							
※特定疾病など公費医療の該当者および高額療養費に該当する場合、自己負担金額も記入してください↑															
上記のとおり証明します。				年 月 日				<table border="1"> <tr><th colspan="2">証明料</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> 円 ↑証明料を記入して下さい		証明料					
証明料															
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才以上の方の外来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歳以上の方の入院用があります）
- ②必ず医療機関ごと、薬局ごと、受診月ごとに証明をとってください。
※同一薬局で、複数の病院分の調剤をうけている場合、病院ごとに分けて証明をとってください。合算はできません。
※総合病院の場合、「医科(内科や外科など)」と「歯科(歯科や口腔外科など)」は、分けて証明をとってください。こちらも合算はできません。
※用紙1枚で、最大3ヶ月分まで記入できます。
同じ薬局で複数病院分ある場合、同月でも1病院分を1月分(1行)に記入。
同じ総合病院で同月に医科と歯科の分がある場合、同月でも分けて2月分(2行)に記入。
- 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	5,000円	8,000円
6001点～7000点	3,000円	5,000円	8,000円
7001点～8000点	4,000円	5,000円	8,000円
8001点以上	5,000円	5,000円	8,000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。