

様式9号

**医療費補助金請求書**  
**(後期高齢者医療制度適用者用)**

※ 入力年月	令和 年 月	バッチ	0	※ナンバリング		データ種別	2
※ 給付対象 自己負担額	円			※ 給付額	円		
会員氏名	受診月		令和 年 月	共済組合員 等記号番号 公立高知			
所属所住所	〒□□□□□			所属所名			

上記のとおり請求いたします。

一般財団法人高知県教職員互助会理事長 様

令和 年 月 日

住 所 〒□□□□□

氏 名

電話番号 ( ) - - -

上記のとおり請求がありましたので、提出します。

令和 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

**注意事項**

1. ——で囲まれた欄をご記入ください。※欄は記入しないでください。
2. 受診月の翌月以降に提出してください。（給付は最短で受診月の4ヶ月後、例えば1月受診分の場合は、2月以降に請求書を提出し5月10日頃に給付）
3. 請求期限は3年以内です。（例えば令和6年1月受診分は令和8年12月末までに請求）
4. 医療機関ごとに1ヶ月分を1件として請求（1件あたりの自己負担額が2,600円以上の場合にこの請求書を1枚提出）してください。
5. 同一受診月であっても次の場合は別々の請求となります。（同一医療機関の入院と外来、受診医療機関と調剤薬局、同一調剤薬局であっても処方箋発行医療機関別）
6. 医療機関の領収書またはその写しを裏面に貼付してください。ただし、紛失等の場合は下記「医療費自己負担額証明」欄に医療機関で記入・押印してもらってください。

**医療費自己負担額証明（医療機関記入欄）**

受診者名	受診月	令和 年 月	入院期間 (入院のみ記入)	日～ 日 ( 日間)
総医療費	点 円	左記のうち後期高齢者医療制度での自己負担額	円	

受診医療機関

住 所

名 称

印

調剤薬局の場合は処方箋を発行した医療機関名を右に記入	
----------------------------	--