

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 | 互助 太郎 | | 受診月 | 令和 6 年 1 月 | 共済組合員 等記号番号 公立高知 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 所属所住所 | 〒78011111 高知市丸の外2丁目-1 | | | 所属所名 | ○△◇高等学校 | | | | | | |
| 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 6 年 2 月 5 日 住所 〒7815555 土佐市高山町甲4-5 氏名 互助 太郎 電話番号 (088) - 853 - **67 | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求がありましたので、提出します。 令和 6 年 2 月 5 日 職名 ○△◇高等学校長 氏名 共済 良枝 所属所長 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 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 | | | | | | | | | | | |