

各所属所長様

一般財団法人高知県教職員互助会
理事長 合田和穂
(公印省略)

一般互助部給付規程の一部改正について（通知）

当互助会の運営につきまして、日ごろからご理解ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、令和5年12月7日（木）開催の令和5年度第2回評議員会において、一般互助部給付規程の一部が下記のとおり改正されました。

つきましては、貴所属の会員の皆様方への周知をよろしくお願いいたします。

記

【改正理由】

会員が75歳に達したこと等により、健康保険が後期高齢者医療制度に移行した場合、公立学校共済組合高知支部の健康保険の被保険者ではなくなることから、当互助会の医療費補助金を自動給付することができなくなりますので、新たに請求書の様式※（別添第9号様式）を設けて、その請求書の提出を受けて医療費補助金を支給するため。

一般互助部給付規程

(新)	(現行)
<p>(請求及び支払)</p> <p>第4条 一般互助部運営規則第9条に規定する給付の請求は、当該給付に係る所定の請求書（別記第1号様式から別記第8号様式）その他給付に関する必要な書類を、所属所長を経て理事長に提出しなければならない。ただし、会員の資格を喪失した者に係る給付については、会員の資格を喪失する前に所属していた所属所長を経由するものとする。</p> <p>2 理事長は、前項の規定により給付の請求書の提出を受けたときは、遅滞なく、これを審査決定し、当該請求に係る給付を支給しなければならない。</p> <p>3 第1項の規定にかかわらず、医療費補助金及び家族医療費補助金については、原則として会員からの請求によらず、高知支部が支給する法定の療養費又は家族療養費の額に基づき計算し、自動的に支給する。<u>ただし、会員が後期高齢者医療制度の適用となった場合の医療費補助金については、別記第9号様式の提出を受けて支給するものとする。</u></p> <p>4 医療費補助金及び家族医療費補助金は各月を単位として支給し、その他の給付はその都度支給するものとする。</p>	<p>(請求及び支払)</p> <p>第4条 一般互助部運営規則第9条に規定する給付の請求は、当該給付に係る所定の請求書（別記第1号様式から別記第8号様式）その他給付に関する必要な書類を、所属所長を経て理事長に提出しなければならない。ただし、会員の資格を喪失した者に係る給付については、会員の資格を喪失する前に所属していた所属所長を経由するものとする。</p> <p>2 理事長は、前項の規定により給付の請求書の提出を受けたときは、遅滞なく、これを審査決定し、当該請求に係る給付を支給しなければならない。</p> <p>3 第1項の規定にかかわらず、医療費補助金及び家族医療費補助金については、原則として会員からの請求によらず、高知支部が支給する法定の療養費又は家族療養費の額に基づき計算し、自動的に支給する。</p> <p>4 医療費補助金及び家族医療費補助金は各月を単位として支給し、その他の給付はその都度支給するものとする。</p>

附則

(施行期日)

この規則は、令和6年1月1日から施行する。

※第9号様式（記入用及び入力用）及び記入例は、当互助会のホームページからダウンロードして（裏面参照）ご利用ください。 URL <https://kokyogo.jp/>



home

団体概要
outline

事業内容
enterprise

アクセス

クリック



現職教職員の方

出産祝金、災害見舞金、傷病見舞金、結婚祝金、死亡弔慰金、入学祝金、銀婚祝金の請求書のダウンロードはこちらから



退職された方

脱退一時金、弔慰金、入院見舞金、旅行補助金の請求書、各種申請書のダウンロードはこちらから

新着情報 / お知らせ

What's new / Information

- [2023.12.01] [退職されるみなさまへ（令和5年度版）](#) NEW
- [2023.11.28] [福利高知135](#) NEW
- [2023.08.02] [福利高知134](#)
- [2023.05.01] [福利高知133](#)
- [2020.08.19] [令和3年1月受診分から、退職互助部の医療費補助金・配偶者医療費補助金の給付内容が変わります](#)

高知県教職員互助会について

短時間（パートタイム）
会計年度任用職員の方へ

退職互助部のしおり

クリック

各種様式一覧

各種様式一覧

style list



トップページ 事業内容

事業内容

enterprise

現職教職員の方

一般互助部および退職互助部（現職会員）の方

各種様式一覧はこちら >>

こんな時は何が必要？

■病院等を受診されたとき：「医療費補助金」「家族医療費補助金」

必要書類	給付金額	給付要件等
自動給付	100円 ～5,000円	会員及び親族の健康保険の自己負担額（月ごと、医療機関ごとを1件とする。）が2,500円を超えたときは、その超える額（2,500円）から7,500円までの範囲の金額に相当する額を給付します。（100円未満は端数処理）

※後期高齢者医療制度の適用を受けている会員は、下記の請求書を提出してください。

医療費補助金請求書（後期高齢者医療制度適用者用）

様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）

【一般互助部】各種様式一覧

定款、規定などはこちら >>

- 出産祝金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 災害見舞金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 傷病見舞金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 傷病見舞金請求書（給料減額者用） 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 結婚祝金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 死亡弔慰金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（会員）（PDF形式） 記入例（家族）（PDF形式）
- 退職慰労金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 入学祝金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 銀婚祝金請求書 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）
- 医療費補助金請求書（後期高齢者医療制度適用者用） 様式（PDF形式） 様式（Excel形式） 記入例（PDF形式）

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. 〳〳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

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						
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>一般財団法人高知県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 6 年 2 月 5 日</p> <p>住所 〒7815555 土佐市高山町甲4-5</p> <p>氏名 互助 太郎</p> <p>電話番号 (088) - 853 - **67</p>											
<p>上記のとおり請求がありましたので、提出します。</p> <p>令和 6 年 2 月 5 日</p> <p>職名 ○△◇高等学校長</p> <p>所属所長</p> <p>氏名 共済 良枝</p>											
<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> ——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。 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) 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) 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。 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) 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											