

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 7 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	〒7801111 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 7 年 2 月 5 日 住 所 〒781555 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 7 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 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											