

記入例

互助会受付印

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 バッヂ 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	〒780-1111 高知市丸の内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 〒781-5555 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 所属所長 氏 名 共済 良枝					

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	
----------------------------	--