

退職医療給付金請求書

（令和元年5月分）

会 員		給付金種類（該当する番号を○で囲んでください）		受診者		（氏名） 愛 媛 太 郎（男・女） （生年月日） 昭和 ○年 ○月 ○日（60才）		（性別）		決定金額	
番号	1	—	3	1	—	○	○	○	※（互助会記入欄）		
氏名	愛 媛 太 郎						2 配偶者特別医療給付金		円		
受診者の健康保険証の名称（使用した保険）		● 国（ 保（ 3 一 般		● 1退職者医療（本人） 2退職者医療（家族） 保（ 2 家族		● 共済組合（ 任 継（ 1本人（ 2 家族		● そ（ 他		加入被保険者証記号番号 任○○○—○○○	
受 診 年 月	令和元年5月		医療機関名 又は薬局名		A病院		受診区分	入院・外来 歯科・調剤			
受 診 科 （該当受診科の番号を○印で囲んでください。）	1	内 科	8	精 神 科	15	放 射 線 科	22	性 病 科	自己負担額 （保険適用分）		
	2	循 環 器 科	9	眼 科	16	理学診療科	23	麻 酔 科	13,250 円		
	3	消 化 器 科	10	耳 鼻 咽 喉 科	17	小 児 科	24	神 経 内 科	請 求 額		
	4	泌 尿 器 科	11	歯 科	18	胃 腸 科	25	神 経 科	6,200 円		
	5	外 科	12	調 剤	19	皮膚泌尿器科	26	脳 神 経 外 科			
	6	整 形 外 科	13	補 装 具	20	皮 膚 科	27	そ の 他			
	7	婦 人 科	14	呼 吸 器 科	21	肛 門 科					
上記のとおり退職医療給付金を請求いたします。 一般財団法人愛媛県市町村職員互助会会長 様 令和 ○年 ○月 ○日 〒 790 - 0003 請求者（会員） 住 所 松山 市 三番 町 5丁目13番地1 氏 名 愛 媛 太 郎 印 TEL（089）945 - 4045											
※ 退職医療給付金請求書には、領収書（受診者氏名、受診年月日、医療機関名、受診科、受診区分及び健康保険証の名称、保険適用分の自己負担額のわかるもの）を添付してください。ただし、領収書が添付できないときは、受診した医療機関で右欄「診療報酬領収済証明書」に証明を受けてください。											
「診療報酬領収済証明書」（令和元年5月分）											
受診者氏名		愛 媛 太 郎		健康保険証の名称		愛媛県市町村職員共済組合		受診科		内科 眼科	
外 来 診 療 年 月 日		令和元年5月16日～25日（10日）		入 院 診 療 年 月 日		年 月 日～日（日間）		調 剤 年 月 日		年 月 日～日（回）	
受診者負担額（保険適用分）		13,250円									
上記のとおり領収したことを証明いたします。 令和 ○年 ○月 ○日 医療機関名等 住 所 ○○市○○町○丁目○ 名称（医師名） A 病 院 印											

（注） 1 診療を受けた月ごとに請求してください。
2 同じ月に医療機関を異にして診療を受けたときは、医療機関ごとに請求してください。
3 同じ月に入院及び外来による診療があるときは、入院、外来ごとに請求してください。
4 医療機関と保険薬局が区分されているときは、医療機関、保険薬局ごとに請求してください。
5 室料差額等の保険適用外のものや、食事療養標準負担額は支給の対象とはなりません。
6 領収書及び証明書の内容に疑義がある場合は、当該医療機関等若しくは請求者に内容確認を行います。