

退職医療給付金請求書

(令和3年4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) (性別)		決定金額				
番号	1-33-00	1	本人医療給付金	2		配偶者特別医療給付金	愛媛 太郎	男	※ (互助会記入欄)			
氏名	愛媛 太郎	3	家族医療給付金			(生年月日)	昭和 〇年 〇月 〇日 (60才)	円				
受診者の被保険証の名称 (使用した保険)		● 1 退職者医療 (本人)	● 健 (1 本人)	● 共済組合 (任継)	● (1 本人)	その ()		被保険者証の名称 (交付者)				
		● 2 退職者医療 (家族)	● 2 家族	● 一般保	● (2 家族)			愛媛県市町村職員共済組合 (任継)				
		● 3 一般保	● 一般保					()				
受診年月	令和3年4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 〇年 〇月 〇日 〒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 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、受診区分及び被保険者証の名称、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3年4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(任継)		受診科	内科 眼科		
		外来診療年月日	令和3年4月10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 〇年 〇月 〇日 医療機関名等 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇 名称(医師名) A病院										

- (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、食事療養標準負担額及び定額負担は、支給の対象とはなりません。
6 「高額療養費支給決定通知書(写し)」又は「限度額適用認定証(写し)」若しくは「限度額適用・標準負担額減額認定証(写し)」を添付する場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号をマスキングしてください。
7 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。