

## 退職医療給付金請求書

(令和3年4月分)

会 員 番号 1-33-000	給付金種類 (該当する番号を○ で囲んでください) 1 本人医療給付金 2 配偶者特別医療給付金 3 家族医療給付金	受診者 (氏名) 愛媛 太郎 (性別) 男 (生年月日) 昭和 〇年 〇月 〇日 (60才)	決定金額 ※(互助会記入欄) 円			
氏名 愛媛 太郎	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) ● 2 退職者医療(家族) ● 3 一般保	健康保険 (1 本人) (2 家族) ● 共済組合 (任継) (1 本人) (2 家族) ● その他	被保険者証の名称(交付者) 愛媛県市町村職員共済組合(任継) ( )			
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・ <b>外来</b> 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 2 循環器科 3 消化器科 4 泌尿器科 5 外科 6 整形外科 7 婦人科	8 精神科 9 眼科 10 耳鼻咽喉科 11 歯科 12 調剤 13 補装具 14 呼吸器科	15 放射線科 16 理学診療科 17 小児科 18 胃腸科 19 皮膚泌尿器科 20 皮膚科 21 肛門科	22 性病科 23 麻酔科 24 神経内科 25 神経科 26 脳神経外科 27 ( )	自己負担額 (保険適用分) 13,250 円 請求額 6,200 円	
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 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、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。