

退職医療給付金請求書

会 員 番 号		受 診 者	(氏名)	(性別)	自己負担額 (保険負担金額)	決 定 金 額 ※100円未満切捨て ※ (互 助 会 記 入 欄) 円
1 - 〇〇 - 〇〇〇			愛媛 太郎	男・女		
給付金種類 [給付金種類の番号を 〇印で囲んでください。]			(生年月日)		〇〇,〇〇〇円	
1 本人医療給付金 2 配偶者特別医療給付金			昭和 〇 年 〇 月 〇 日 (〇 歳)			
受診者が加入している 健康保険の名称	☐ 国 保 市 町	☐ 協会けんぽ 1 本人 2 家族	☒ 共済組合 (任継) 1 本人 2 家族	☐ その他 []	適用区分： (前回該当： 高額 回目 (多数該当) 世帯合算・調剤合算・附加給付 現物化給付・補装具・非課税	
※ 該当する健康保険を ☑してください。						
※ その他 (健康保険組合等) 加入の場合：附加給付金等の有無 (なし ・ あり) : 25,000円を控除した額)						
医療機関名 又は薬局名	A病院		受診年月	令和 〇 年 〇 月	受診区分	入院 ・ 外来 歯科 ・ 調剤
受 診 科 (該当する受診科の番号を 〇印で囲んでください。)	1 内科 2 外科 3 整形外科 4 消化器科 5 耳鼻咽喉科 6 泌尿器科 7 循環器科 8 眼科 9 歯科 10 皮膚科 11 呼吸器科 12 脳神経外科 13 精神科 14 放射線科 15 補装具 16 その他 []					
マイナ保険証の利用 限度額適用認定証の利用	⇒ (あり ・ なし)		70歳以上で、生計を同一に する同居の家族がいるか		⇒ (いる ・ いない)	
高額療養費制度 適用区分	⇒ (Ⅰ)		調剤薬局の利用		⇒ (あり ・ なし) ありの場合 (院内処方 ・ 院外処方)	
就労している場合：標準報酬月額 千円			※高額療養費に該当する場合、少額であっても調剤薬局の領収書の添付が必要になる場合があります。			
「受診年月」以前1年間に、 高額療養費等に該当する月が 4か月以上ある	⇒ (あり ・ なし)		特定の疾患において、医療 費の助成を受け、自己負担 の軽減があるか		⇒ (該当する ・ しない)	
上記の記載事項は、事実と相違ありません。退職医療給付金を請求します。						
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 住 所 松山 市 三番 町 5丁目13番地1 請求者 (会員) 氏 名 愛媛 太郎 携 帯 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇						

※ 退職医療給付金請求書には、「領収書 (写し)」、保険者番号及び被保険者等記号・番号をマスキングした「健康保険被保険者証・資格情報のお知らせ (写し)」「限度額適用認定証等 (写し)」を添付してください。

※ 本会で請求書を受付後、給付金は互助会届出口座へ送金します。送金までに2か月程度を要しております。

※ 記入に当たっての注意事項は裏面をご覧ください。

(裏 面)

領収書の添付ができないときは、「診療報酬領収済証明書」に証明を受けてください。

※ 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、受診区分及び受診者が加入している健康保険の名称、保険適用分の自己負担額のかかるもの）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						
	受診者氏名	愛媛 太郎		健康保険の名称	愛媛県市町村職員共済組合(任継)		
	受診年月	令和 ○ 年 ○ 月	受診区分	入院 歯科	外来 調剤	受診科	内科・眼科
	外 来 診 療 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ ○ 日 (○ 日)					
	入 院 診 療 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 日 (日間)					
	歯 科 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 日 (回)					
	調 剤 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 日 (回)					
	保険点数（負担割合）	○,○○○ 点 / ○ 割					
	保 険 分 一 部 負 担 金	○○,○○○ 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 住 所 ○○市○○町○○番地○○ 医療機関名等 名称（医師名） ○○○○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、予防接種、健康診断、文書料、自費による歯科治療等の保険適用外のもの、入院時における食事療養標準負担額及び定額負担は、支給対象外です。
- 6 「健康保険被保険者証・資格情報のお知らせ」、「高額療養費支給決定通知書」、「限度額適用認定証」、「限度額適用・標準負担額減額認定証」、「標準報酬決定通知書」の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 高額療養費制度に該当しない場合でも、マイナポータルや標準報酬決定通知書等により、適用区分を確認のうえ、記入してください。また、過去の請求を行う場合、受診時の適用区分を記入してください。
- 8 領収書及び証明書の内容に疑義がある場合、当該医療機関等若しくは請求者に内容確認を行い、請求書に記入漏れがある場合、書類を返送します。
本会から記入内容・追加書類の提出依頼等のためにご連絡する場合がありますので、電話番号は日中に繋がりのやすい番号をご記入ください。また、送金に係る通知書等を送付しますので、マンション名・部屋番号などは正確にご記入ください。