

医療補助金請求書

(事務局記入欄)

一般財団法人 愛知県退職教職員互助会 理事長 様

下記により、医療補助金を請求いたします。

年 月 日 請求者氏名

請求者記入	退職会員番号									受診者氏名								配偶者の場合は ○をつけてください						
	会員氏名 (会員死亡時故人名)																		配偶者					
	会員住所	〒 ー TEL () ー																						
	診療に使用した 保険証名 〔該当番号の欄に ○をつける〕		11. 公立学校共済(任意継続含む) 本人									51. 健康保険(任意継続含む)												
			12. 公立学校共済(任意継続含む) 家族									61. 国民健康保険												
			13. 文部科学省共済組合 本人									76. 前期高齢者医療・高齢受給者												
			14. 文部科学省共済組合 家族									77. 後期高齢者医療 () 割負担												
		31. 私立学校共済(任意継続含む) 本人									78. 特定疾患等(市町村の補助がある人)													
	32. 私立学校共済(任意継続含む) 家族									99. その他 ()														
高額療養費適用所得区分 ※高額療養費適用の方は、 該当するところに○をつける。		70歳未満				70歳以上 ※ () 内は自己負担割合																		
		ア・イ・ウ・エ・オ				Ⅲ(3割)・Ⅱ(3割)・Ⅰ(3割)・一般(2割)・一般(1割)・非課税Ⅱ(1割)・非課税Ⅰ(1割)																		
医療機関記入 (裏面を参照してください)	外来										入院													
	診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日										入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日									
	受診年月		保険診療点数				保険適用受診者支払額				受診年月		保険診療点数				保険適用受診者支払額 (食事療養費を除く)							
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	年	月					点					円	年	月					点					円
	※総合病院の場合、歯科と医科を分けてご記入ください。																							
上記の通り証明します。 年 月 日																								
所在地																								
医療機関名																								
代表者名																								
電話番号																								
※-(ハイフン)を含めて 左づめでご記入ください。																								

※ 不明なことがありましたらお問い合わせください。

一般財団法人 愛知県退職教職員互助会

〒460-0007 名古屋市中区新栄 一丁目49番10号 (愛知県教育会館6F) TEL (052) 251-5914 (代)

注 意 事 項

≪ 本請求書の記入等については、次の事項にご注意ください。≫

◎会員および受給資格配偶者の方へ

1. 医療保険診療以外の医療費、福祉医療給付等により自己負担のない医療費は補助いたしません。
2. 医師の指示で購入した、治療に必要な医療器具・用具については、医師の証明書（コピー可）および、購入時の領収書（コピー可）を添付してください。ただし、保険扱いのものに限ります。
3. 請求書が毎月20日までに届いたものは、翌月の20日頃、**お届けをいただいている口座に振込手数料を差し引いて振込みます（お届けいただいている口座を解約した場合は、振込みができませんので、ご連絡ください）**。送金通知は出しておりませんので、適宜ご確認ください。
4. 請求の有効期限は、請求書の事務局到着日前1年以内です。満1年を超えたものは請求できません。（例 請求書が事務局に4月到着の場合、前年の4月以降のものが有効です。）
5. 医療機関および薬局の証明を受けるのに日数がかかることがあります。早めに医療機関等に証明を依頼してください。その際、診療が長期にわたる場合の証明時期については、あらかじめ医療機関等にご相談ください。月の途中ではなく、ひと月まとめて証明してもらってください。
6. 証明を受けるときは、各医療機関および薬局の所定の文書料が必要なところがあります。有料かどうかを確認し、有料ならば料金を聞いておくことをお勧めします。なお、証明を受けることについては、愛知県医師会・愛知県歯科医師会の了承をいただいています。

ただし、次の医療機関は、領収書添付での受付となりますので、請求者記入欄に必要事項を記入し、請求者氏名欄に署名した「医療補助金請求書」と「領収書」（コピー可）を各医療機関ごとにまとめてお送りください。なお、コピーの場合は、原寸大で鮮明に印刷されたものに限ります。**「医療補助金請求書」に領収書原本を貼付された場合は、原則としてお返ししません。提出後に領収書の返送を希望されても応じかねますので、ご協力ください。**

領収書を紛失した場合は、医療機関にて「領収証明書」等を発行してもらい提出してください。

- | | | |
|------------------------|----------------|---------------|
| ・愛知県がんセンター | ・浜松医科大学医学部附属病院 | ・蒲郡市民病院 |
| ・岐阜大学医学部附属病院 | ・岐阜赤十字病院 | ・碧南市民病院 |
| ・名古屋大学医学部附属病院 | ・西尾市民病院 | ・豊川市民病院 |
| ・国立病院機構名古屋医療センター | ・知多半島総合医療センター | ・新城市民病院 |
| ・日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 | ・知多半島りんくう病院 | ・東海病院 |
| ・日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 | ・小牧市民病院 | ・豊橋市民病院 |
| ・四日市羽津医療センター | ・小牧第一病院 | ・大杉医院 |
| ・藤田医科大学病院 | ・藤田医科大学ばんだね病院 | ・中日病院 |
| ・愛知医科大学病院 | ・星ヶ丘メンタルクリニック | ・中京病院 |
| ・愛知医科大学眼科クリニックMiRAI | ・みどり病院（岐阜市） | ・だいどうクリニック |
| ・名古屋掖済会病院 | ・旭労災病院 | ・岡崎市民病院 |
| ・信州大学医学部附属病院 | ・大同病院 | ・なわファミリークリニック |
| ・桑名市総合医療センター | ・大同みどりクリニック | ・公立西知多総合病院 |
| ・国立循環器病研究センター | ・内田橋ファミリークリニック | |

7. 用紙が不足した時には、切手を貼付したご自身宛の返送用封筒を退教互事務局に郵送してください。封筒の表面には、「請求書送付用」と朱書きをお願いします。**A4判3つ折りサイズの長3定型封筒の場合は、110円切手を貼付いただくと、「医療補助金請求書」を9枚入れて返送します。A4判角2サイズ等、定形外封筒の場合は、180円切手を貼付いただくと、「医療補助金請求書」を19枚入れて返送します。**ご自身で両面コピーして使っていただいても結構です。

◎医療機関および薬局の方へ

1. 保険診療にかかわる鍼灸・接骨による診療費など、保険点数が出ないものは、保険で扱われた施術料金合計額を保険診療点数の欄に「円」で記入し、支払額は保険適用受診者支払額の欄に記入してください。
2. 医薬分業の処方箋による薬の点数は、薬局で医療機関記入欄に証明して下さるようお願いいたします。
3. 選定療養費は、医療保険の対象外となりますので、除いた金額（自己負担金）をご記入ください。