

療養費請求書

該当する番号を一つだけ○で囲むこと

退教互 会 員 証	記 号	番 号	加入 健康 保険 等 の 区 分	国民健康保険 (市町村国保)	本 人 120	
	01 02 03 04 い・ろ・は・に			国民健康保険組合	本 人 131 被扶養者 132	
会 員 氏 名				70歳未満	全国健康保険協会管掌健康保険	本 人 201 被扶養者 202
				共 済 組 合	本 人 211 被扶養者 212	
受 診 者 氏 名	1 男 2 女			70歳以上	健康保険組合	本 人 221 被扶養者 222
					高 齢 受 給 者 (70~74歳) ※後期高齢者医療被保険者を除く	2割負担 352 3割負担 353
性 別	2 3 4 大・昭・平			年 月 日生	長 寿 医 療 (後期高齢者医療) ※65歳以上の被保険者を含む	1割負担 401 2割負担 402 3割負担 403
					生年月日	
請 求 期 間	令和 年 月受診分から	被保険者証の記号・番号 又は 被 保 険 者 番 号				
	令和 年 月受診分まで	保 険 者 番 号				

医療費を負担したので「領収証(コピー可)」を添えて請求します。

令和 年 月 日

請求者 住 所

〒 - TEL. ()

氏 名

一般財団法人 岩手県退職教職員互助会 御中

健康保険証を見て必ず記入してください。

この用紙は、会員証を使用せず、病院、薬局等へ個人で支払った医療費（保険診療の一部負担金）を、請求するための用紙です。受診者ごとに1枚作成してご請求ください。

請求方法、留意点等については、裏面をご参照ください。

給付額の算定

給付額は、1医療機関について、受診月ごとに、入院・外来別（調剤分は院外処方せんの発行医療機関別）に、次の計算式により求めた金額となります。

窓口負担した
一部負担金高額療養費還付額
一部負担金払戻金
医療費助成額など控除額(受診者負担額)
1割負担者 → 1,000円
2割負担者 → 2,000円
3割負担者 → 3,000円

給付額

なお、窓口負担した一部負担金が控除額以下の場合、1医療機関単位としての給付は生じませんが、控除額の合計額が「月合計控除限度額」を超える場合には給付が発生します。領収証は漏らさず添付してご請求ください。

請求先 〒020-0022 盛岡市大通一丁目1-16 (一財)岩手県退職教職員互助会 TEL.019-623-5376