

令和 年 月 日

下記のとおり療養補助金を請求します。 会員氏名

00 欄は事務局が使用します。記入しないでください。

この用紙は、コピー不可です。用紙がなくなったら、
返信用封筒を同封して事務局までご請求下さい。

事務局記入	3割	1 1	国			決 定 金 額					送 金 日		
		2 1	老	2 2									
	2割	3 1	公										
		4 1	私										
	1割	5 1	健			受		事 務 局 長		点 検 者		担 当 者	
		6 1	障	6 2									
0.2割					付								

記入にあたっての注意事項

[A] 会員記入欄（会員様へのお願い）

- 1) 補助対象は保険診療費部分のみです。介護保険によるものや、保険対象外診療費、文書料等は補助対象となりません。
- 2) 診療機関ごとに請求用紙を別にご覧ください。
- 3) 「受診時使用の保険名」欄は、該当の数字を○印で囲むとともに、その保険証の保険者番号を記入してください。
- 4) 高額療養費制度が適用される場合は、保険者である市町村や保険証に記載の事業所等にお尋ねの上で、必ず「所得区分」欄に丸をつけてください（公立学校共済・私学共済の組合員は除く）。
- 5) 使用保険証が2種類になる場合は、その切り替えの年月を会員記入欄（保険名の後ろや欄外の余白）に明記してください。
- 6) 接骨院・鍼灸院などで保険による診療を受けた場合も、この様式5号で証明をもらってください。
- 7) 医薬分業の処方箋による薬の点数は、保険薬局で証明をもらってください。
- 8) 請求は事務局受付月前3年以内の受診分が有効です。
- 9) この請求書の受付は、毎月20日（事務局到着日）に締切り、その翌月の25日ごろに事務取扱銀行から所定の口座に振込送金します。21日以降受付分は翌々月の給付になります。
- 10) もし送金先（各会員指定の銀行口座）等を変更される場合は、この請求書ご提出の際に、必ずその旨ご連絡ください。
- 11) 証明を受ける際に多くの場合、所定の文書料が必要になることがありますので、各医療機関および薬局に文書料について確認される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。

[B] 診療機関記入欄（診療機関様ならびに、保険薬局様へのお願い）

- 1) 表記受診会員にかかわる保険診療費部分についての証明をお願いします。
- 2) 医薬分業の処方箋により調剤した薬について、表記の項目の証明をお願いします。
- 3) 使用保険証が2種類にわたり、負担割合が変わった場合は、そのことが分かるようにメモ書き等をお願いします。
- 4) 「入院」の記入欄を外来として使用していただいても結構です。その際には入院の2文字を消してご使用ください。
- 5) 接骨・鍼灸による診療費は、保険診療による施術料金を「総点数月毎内訳」欄と「上記保険による保険診療費総点数」欄に記入し「保険診療受診者支払額」欄には負担割合に応じた金額をご記入ください。また、保険外による診療分は給付の対象外ですので記入しないようにお願いします。

一般財団法人 愛知県公立高等学校教職員退職互助会

〒460-0007 名古屋市中区新栄一丁目49番10号 県教育会館5階

（電話 052-261-2248 FAX 052-241-0318）