

療養費請求書

種別 No.	1 01	2 整理 No.	6 11
--------	---------	-------------	---------

(様式第三号)

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様
令和__年__月受診分を請求します。 請求年月日 令和__年__月__日

配偶者は (退職組員・非組員・無) → 退職組員の場合、配偶者の同月請求は (有・無)

組合員番号 ¹³ _____ ²⁰ ⁵⁷ 加入している健康保険の番号と本人・世帯主および被扶・家族を○で囲む ⁵⁸

1	国民健康保険	世帯主	家族	6	私学共済現職	本人	被扶
2	後期高齢者医療	本人	被扶	7	静岡県市町村共済	本人	被扶
3	協会けんぽ	本人	被扶	8	地方職員共済	本人	被扶
4	公立共済任継	本人	被扶	9	その他の共済健保	本人	被扶
5	私学共済任継	本人	被扶	10	企業の健康保険	本人	被扶

フリガナ 氏 名 _____ (印)

連絡先電話番号 _____

生年月日 ²⁶ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 _____ ³² 年 月 日 (受診時の年齢 歳)

加入年月 ³ 昭和 ⁴ 平成 ⁵ 令和 _____ 年 月 加入

※ 前回と受取口座を変更した場合は、通帳のコピーを添付

銀行番号	支店番号	支店
_____	_____	_____
口座番号		口座名義 (フリガナ)
_____		_____

自己負担割合を○で囲む【 ⁵⁹ 1割・2割・3割 ⁶⁰ 】

<69歳以下の方>
適用区分を○で囲む 【 ⁶¹ア・イ・ウ・エ・オ ⁶² 】
自己負担額が21,000円以上の場合は『限度額適用認定証』のコピーを添付

<70歳以上の方>
自己負担割合 1割・2割の方
適用区分を○で囲む 【 ⁶³一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ ⁶⁴ 】
※非課税世帯の方が区分Ⅱ・区分Ⅰに該当します。
・区分Ⅱ・区分Ⅰの方は『限度額適用・標準負担額減額認定証』のコピーを添付

自己負担割合 3割の方
適用区分を○で囲む 【 現役Ⅰ・現役Ⅱ・現役Ⅲ 】
・現役Ⅰ・現役Ⅱで自己負担額が80,100円以上の方は『限度額適用認定証』のコピーを添付
・70~74歳…『高齢受給者証』のコピーを添付
・75歳以上…『後期高齢者医療被保険者証』のコピーを添付

※ 前回と受取口座を変更した場合は、通帳のコピーを添付

⁶⁵ 各種受給者証をお持ちの方は、該当の番号に○印を付け、コピーを添付 ⁶⁶

- 1 重度心身障害者医療費助成金受給者証 (身障者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級)
- 2 特定医療費(指定難病)受給者証
- 3 特定疾患医療受給者証
- 4 特定疾病療養受療証
- 5 自立支援医療受給者証

請求書はコピーしてお使いください。(領収書のコピー添付)

※ 請求書は診療月ごとに1か月1枚です。所属支部へ提出してください。
※ 高額療養費・公的助成金・附加金等の支給を受けた場合は、「支給決定通知書」等のコピーを添付してください。

これより下は、記入しないでください。

受診年月 ²¹ 令和 年 月分 ²⁵ 保険適用自己負担額		算 定				
医療機関名 (診療科名)	外 来 (円)	入 院 (円)	院外処方 (円)	高額・附加 (円)		
1					(ア) 給付対象額	
2					(イ) 控除件数	
3					(ウ) 控除額	
4						
5						
合計額 (ア)-(ウ) ³³					³⁹	
備 考			県事務局調査印		支部調査印	
支 払			支 部 受 付		⁴⁷ ⁵³	
給 付 額 (円) ⁴⁰		高 額 ⁵⁴		世帯合算 ⁶⁸		
00		1回 2回 3回 多数回 ⁴⁶ ⁶⁷		有・無		

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12