

家族療養費請求書

請求年月日 平成 年 月 日

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様
下記のとおり家族療養費給付金を請求いたします。

※請求書はコピーして「使用ください」。
※領収書は、裏面に貼付してください。

所属所コード				所属所名			
0 0 0 0				Tel () -			
組合員番号				氏名 (フリガナ)			
				(氏)		(名)	
				(印)			
生年月日	3. 昭和 4. 平成	年 月 日	互助組合 加入年月	3. 昭和 4. 平成	年 月		
<input type="checkbox"/> 加入している健康保険							
健康保険 の種類	1. 文部科学省共済組合 2. 市町村共済組合 3. 協会けんぽ 4. 組合管掌健保 (組合名:) 5. 日本私立学校振興・共済事業団 6. 公立学校共済組合 7. その他()						
健康保険 の給付有無	1. あり 2. なし ※「1.あり」の場合、給付明細、限度額適用認定証の写しを添付してください。						
所得区分	ア イ ウ エ						
<input type="checkbox"/> 各種受給者証							
所持の有無	1. あり 2. なし ※「1.あり」の場合、受給者証の写しを添付してください。						
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 特定疾患医療費受給者証 3. 特定疾病療養受療証 4. 肝炎治療受給者証 5. 自立支援医療受給者証 6. その他							
<input type="checkbox"/> 家族療養費の請求内容							
診療年月	平成 年 月分	病院名					
内 容	1. 診療費 2. 上記、病院で処方 of 調剤費						
フリガナ 受診者名	(氏)		(名)		組合員との続柄		
生年月日	3. 昭和 4. 平成	年 月 日	受診時の年齢 () 歳				

所属所記入欄	上記請求者の請求内容を確認しました。 平成 年 月 日	
	所属所長氏名	(職印)
	事務取扱者氏名	(印)

互助組合裁定欄 (記入不要)									
受診年月	保険適用自己負担額			基礎額			給付額 (基礎額×0.95)		高額医療
平成 年 月分									0 0
平成 年 月分									0 0
調 査			給 付 日			受 付 日			

※裏面をご確認の上、請求書を作成してください。

療養費請求書の作成・提出について

(1) 請求できる条件

受診月ごと・病院ごと（入院・外来ごと）の保険適用の療養費	3,000円	× 0.95 =	互助組合算定額 (100円未満切捨)
受診月ごと・病院ごと（薬局ごと）の処方箋による保険適用の薬代	3,000円	× 0.95 =	

※診療報酬明細書（レセプト）ごとに裁定し、給付します。

給付例 城内クリニックで保険適用の療養費が3,600円ある場合
 $(3,600円 - 3,000円) \times 0.95 = 570$ → 互助組合給付金（100円未満切捨）500円

(2) 請求書の作成

- ・「互助組合員証」をご確認のうえ、表面の請求者記入欄に必要事項を記入してください。該当項目には必ず○印をつけてください。
- ・請求書は、病院ごと（入院・外来ごと）1か月1枚です。
- ・処方箋による薬代の請求書は、薬局ごと（処方箋を発行した病院ごと）1か月1枚です。
- ・所得区分については、加入している健康保険機関にご確認ください。

(3) 請求書に添付するもの

	病院	薬局
（領収証例）	領収証 ② 平成×年2月28日 ① <u>互助 太郎</u> 様 ￥ 5,380 平成×年2月分 保険適用分 ③ 静岡市葵区駿府町1-12 城内クリニック 054-254-3626 城内家康 (印)	領収証 ② 平成×年2月28日 ① <u>互助 太郎</u> 様 ￥ 3,650 平成×年2月分 城内クリニックの処方箋による 保険適用の薬代 ③ 静岡市葵区駿府町1-24 青葉薬局 054-254-3594 青葉繁 (印)

- ・レシート形式の領収証の場合、領収書例にあるように上記①～③の要件を満たしていないと、不可になります。
- ・コルセット・ギブスなどの補装具代は、領収証と医師の証明書または診断書を添付してください。
- ・添付する領収証、医師の証明書（診断書）はコピーでも結構です
- ・高額療養費に該当された方は、加入している健康保険からの給付額が分かるものを添付（コピー可）してください。ただし、入院治療の場合で「限度額適用認定証」の交付を受けている方は、認定証のコピーを添付してください。
- ・各種受給者証をお持ちの方は、受給者証のコピーを添付してください。

(4) 請求書提出時の注意

- ・請求書は、診療月の翌月以降に提出してください。
- ・給付後の追加請求はできませんので、請求書提出時に領収証の添付漏れがないか再確認をお願いいたします。
- ・領収証に未収金があったときは、未収金の内訳（診療年月・保険点数等）を医療機関または薬局にて記入してもらってください。内訳のないものは、給付対象から外されます。

(5) 給付の対象とならないもの

- ・入院時の差額ベッド代・食事療養費・居住費・文書料・診断料・予防接種等保険適用外の療養費は給付の対象となりません。
- ・介護保険適用の療養費・老人保険施設利用料

(6) 給付の時効

- ・事由発生の日から1年で時効となります。

この部分には添付しないでください

家族療養費請求書

請求年月日 平成〇〇年〇月〇日

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様
下記のとおり家族療養費給付金を請求いたします。

※請求書は「コピーして」使用ください。
※領収書は、裏面に貼付してください。

所属所コード				所属所名										
0	0	0	0	9	9	9	9	静岡互助高等学校						
組合員番号				氏名 (フリガナ)										
8	5	1	2	3	4	5	6	(氏) ゴジョ	(名) タロウ					
				互助				太郎						
生年月日		3. 昭和	××	年	×	月	×	日	互助組合加入年月	3. 昭和	×	年	×	月
		4. 平成								4. 平成				
<input type="checkbox"/> 加入している健康保険														
健康保険の種類		1. 文部科学省共済組合 2. 市町村共済組合 3. 協会けんぽ 4. 組合管掌健保 (組合名: _____) 5. 日本私立学校振興・共済事業団 6. 公立学校共済組合 7. その他(_____)												
健康保険の給付有無		1. あり 2. なし ※「1. あり」の場合、給付明細、限度額適用認定証の写しを添付してください。												
所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ												
<input type="checkbox"/> 各種受給者証														
所持の有無		1. あり 2. なし												
※「1. あり」の場合、受給者証の写しを添付してください。														
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 特定疾患医療費受給者証 3. 特定疾病療養受療証 4. 肝炎治療受給者証 5. 自立支援医療受給者証 6. その他														
<input type="checkbox"/> 家族療養費の請求内容														
診療年月	平成 〇 年 〇 月 分			病院名	○△□病院									
内容	1. 診療費 2. 上記、病院で処方 of 調剤費													
フリガナ受診者名	(氏) ゴジョ	(名) ハナコ	組合員との続柄											
	互助			花子			子							
生年月日	3. 昭和	△△	年	△	月	△	日	受診時の年齢 (△△) 歳						
	4. 平成													

所属所記入欄	上記請求者の請求内容を確認しました。		
	平成 〇年 〇月 〇日	所属所長氏名	駿河はじめ
		事務取扱者氏名	浜松ゆい

互助組合裁定欄 (記入不要)																
受診年月		保険適用自己負担額				基礎額				給付額 (基礎額×0.95)				高額医療		
平成	年	月	分											0	0	回目
高額合算																
平成	年	月	分											0	0	回目
高額合算																
調 査				給 付 日				受 付 日								

※裏面をご確認の上、請求書を作成してください。