

# 家族療養費請求書

※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。

請求年月日 令和 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。

|                                           |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|--------------|-------|-----|
| 所属所コード                                    |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     | 所属所名      |              |       |     |
| 0 0 0 0                                   |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     | 〒 ( ) -   |              |       |     |
| 組合員番号                                     |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     | 氏名 (フリガナ) |              |       |     |
|                                           |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     | (氏)       |              | (名)   |     |
| 生年月日                                      | 3. 昭和<br>4. 平成                                                                                                     | 年                                                                                                                                                                                                                            | 月   | 日         | 互助組合<br>加入年月 | S・H・R | 年 月 |
| <input type="checkbox"/> 加入している健康保険       |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |
| 健康保険<br>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<br>4. 組合管掌健保 (組合名: )<br>5. 日本私立学校振興・共済事業団      6. 後期高齢者医療<br>7. その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |
| 所得区分                                      | ア ・ イ ・ ウ ・ エ                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |
| <input type="checkbox"/> 家族療養費の請求内容       |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |
| 診療年月                                      | 令和 年 月分                                                                                                            | 病院名                                                                                                                                                                                                                          |     |           |              |       |     |
| 院外処方箋による薬代の有無                             |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     | 有 ・ 無     |              |       |     |
| 健康保険からの給付 (還付) の有無                        |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     | 有 ・ 無     |              |       |     |
| フリガナ                                      | (氏)                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                              | (名) |           | 組合員との続柄      |       |     |
| 受診者名                                      |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |
| 生年月日                                      | 3. 昭和<br>4. 平成<br>5. 令和                                                                                            | 年                                                                                                                                                                                                                            | 月   | 日         | 受診時の年齢 ( ) 歳 |       |     |
| <input type="checkbox"/> 各種受給者証 (被扶養者の所持) |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |
| 所持の有無 (該当に○印)                             |                                                                                                                    | 1. あり ・ 2. なし                                                                                                                                                                                                                |     |           |              |       |     |
| 所持している場合 (該当に○印)                          |                                                                                                                    | ※自己負担上限額管理票を所持の場合は、写しを添付してください。<br>1. 重度心身障害者医療費助成金受給者証<br>( 身障者手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 )<br>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<br>3. 特定疾病療養受療証                      4. 肝炎治療受給者証<br>5. 自立支援医療受給者証                      6. その他 ( ) |     |           |              |       |     |
| ※受給者証の写しを添付してください。                        |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |     |           |              |       |     |

| 互助組合裁定欄 (記入不要) |  |         |  |             |  |     |  |     |     |  |     |
|----------------|--|---------|--|-------------|--|-----|--|-----|-----|--|-----|
| 受診年月           |  | 令和 年 月分 |  | 高額: 回目      |  | 合算  |  |     |     |  |     |
| 保険適用自己負担額      |  |         |  | 診療費 (外来+調剤) |  |     |  | 給付額 |     |  |     |
| 外来             |  |         |  |             |  |     |  |     |     |  | 0 0 |
| 調剤             |  |         |  |             |  |     |  |     |     |  | 0 0 |
| 入院             |  |         |  |             |  |     |  |     |     |  | 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。

- 各種届出書の提出方法  
この届出書は、所属所を経由して提出してください。(静岡県教職員互助組合事業の運営に関する細則第3条、第8条)
- 個人情報の取扱について  
家族療養費請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定等に係る給付金送金処理のために利用いたします。

## 療養費請求書の作成・提出について

### (1) 算定方法

- ・同月の医療費を医療機関ごとに分ける。
- ・入院・通院（処方箋による薬代を含む）ごとに分ける。

医療機関ごとの診療費（院外処方薬代）  
※入院・通院別

－ 3,400円 × 0.95 ＝

互助組合給付額  
(100円未満切捨)

※診療報酬明細書（レセプト）ごとに算定し、給付します。

※70歳以上の方は、医療機関にかかわらず、同じ月の全ての領収書を添付し、提出してください。

※上記の自己負担額は、10万円を限度とし算定します。

【給付例】 A内科での保険適用の医療費が7,500円、処方箋による薬代が3,000円の場合  
{ (7,500円+3,000円) } - 3,400円 × 0.95 = 6,745円

➡ 6,700円の給付

### (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。
- ・請求書は、医療機関ごと1か月1枚です。
  - ※通院（診療費）と処方箋による薬代の領収書を合わせて添付し、提出してください。
  - ※総合病院の場合は、受診した全ての科を合わせて1か月1枚としてください。（ただし、医科と歯科は別）
- ・「所得区分」については、標準報酬月額によって区分されるため、ご加入の健康保険機関にてご確認ください。

### (3) 請求書に添付するもの

#### 医療機関

領収書 ② 令和×年6月20日

① 互助 太郎 様

¥ 7,500

令和×年2月分 保険適用 ○○点分 ③

静岡市葵区駿府町1-12  
城内クリニック ④  
054-254-3626

城内家康 ⑤

#### 薬局

領収書 ② 令和×年6月20日

① 互助 太郎 様

¥ 3,000

保険適用の薬代 ○○点分 ③  
令和×年2月分 城内クリニックの処方箋 ④

静岡市葵区駿府町1-24  
青葉薬局  
054-254-3594

青葉 繁 ⑤

(領収証例)

- ・レシート形式の領収証の場合、上記①～④の要件を満たしていないと、給付対象外となります。
- ・コルセット・ギブスなどの装具代は、領収証と医師の証明書または診断書の写しを添付してください。
  - ※加入している健康保険からの還付金通知書の写しを併せて添付してください。
- ・高額療養費や付加給付が支給される場合は、加入している健康保険からの給付額が分かるものの写しを添付してください。
- ・「限度額適用認定証」の交付を受けている方は、認定証の写しも併せて添付してください。
- ・各種受給者証をお持ちの方は、受給者証・自己負担上限額管理票の写し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。
- ・領収書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い、ご提出ください。内訳のないものは、給付対象から外されます。
- ・本人又は被扶養者の保険適用診療費（1ヵ月）が21,000円以上ある場合は、本人及び家族療養費請求書を同時に提出してください。

### (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・予防接種等の保険適用外の療養費
- ・介護保険適用の療養費・老人保健施設利用料

### (6) 請求期限

- ・給付の請求期限は、事由発生から2年となります。（令和6年4月診療分から）  
（令和6年3月診療分までの請求期限は、事由発生から1年となります。）

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 令和 ○○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ご使用ください。 ※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       | 9       | 静岡互助高等学校<br>Tel (054) 254-3626 |  |  |  |  |
| 組合員番号                                     |   |                                                                                                                                                                                     |   |   | 氏名 (フリガナ)       |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| 8                                         | 5 | 1                                                                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4               | 5 | 6       | (氏) ゴジヨ | (名) タロウ                        |  |  |  |  |
| 生年月日                                      |   |                                                                                                                                                                                     |   |   | 互助組合加入年月        |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| 3. 昭和<br>4. 平成 ××年 ××月 ××                 |   |                                                                                                                                                                                     |   |   | S (H)・R ××年 ××  |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| <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<br>4. 組合管掌健保 (組合名: )<br>5. 日本私立学校振興・共済事業団    6. 後期高齢者医療<br>7. その他 ( )                                                                        |   |   |                 |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| 所得区分                                      |   | ア . イ . ウ . エ                                                                                                                                                                       |   |   |                 |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 家族療養費の請求内容       |   |                                                                                                                                                                                     |   |   |                 |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| 診療年月                                      |   | 令和 ××年 ××月分                                                                                                                                                                         |   |   | 病院名             |   | ○△□病院   |         |                                |  |  |  |  |
| 院外処方箋による薬代の有無                             |   |                                                                                                                                                                                     |   |   | 有 . 無           |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| 健康保険からの給付 (還付) の有無                        |   |                                                                                                                                                                                     |   |   | 有 . 無           |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| フリガナ                                      |   | (氏) ゴジヨ                                                                                                                                                                             |   |   | (名) ハナコ         |   | 組合員との続柄 |         |                                |  |  |  |  |
| 受診者名                                      |   | 互助                                                                                                                                                                                  |   |   | 花子              |   | 子       |         |                                |  |  |  |  |
| 生年月日                                      |   | 3. 昭和<br>4. 平成 △△年 △△月 △△日                                                                                                                                                          |   |   | 受診時の年齢 ( ○○ ) 歳 |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 各種受給者証 (被扶養者の所持) |   |                                                                                                                                                                                     |   |   |                 |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| 所持の有無 (該当に○印)                             |   |                                                                                                                                                                                     |   |   | 1. あり . 2. なし   |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| 所持している場合 (該当に○印)                          |   | ※自己負担上限額管理票を所持の場合は、写しを添付してください。<br>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)<br>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<br>3. 特定疾病療養受療証    4. 肝炎治療受給者証<br>5. 自立支援医療受給者証    6. その他 ( ) |   |   |                 |   |         |         |                                |  |  |  |  |
| ※受給者証の写しを添付してください。                        |   |                                                                                                                                                                                     |   |   |                 |   |         |         |                                |  |  |  |  |

| 互助組合裁定欄 (記入不要) |           |  |        |  |             |  |  |  |       |  |  |     |
|----------------|-----------|--|--------|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|-----|
| 受診年月           | 令和 年 月分   |  | 高額: 回目 |  | 合算          |  |  |  |       |  |  |     |
| 外来調剤入院         | 保険適用自己負担額 |  |        |  | 診療費 (外来+調剤) |  |  |  | 給付額   |  |  |     |
|                |           |  |        |  |             |  |  |  |       |  |  |     |
|                |           |  |        |  |             |  |  |  |       |  |  | 0 0 |
|                |           |  |        |  |             |  |  |  |       |  |  | 0 0 |
| 調 査            |           |  |        |  | 給 付 日       |  |  |  | 受 付 日 |  |  |     |
|                |           |  |        |  |             |  |  |  |       |  |  |     |

- 各種届出書の提出方法  
この届出書は、所属所を経由して提出してください。(静岡県教職員互助組合事業の運営に関する細則第3条、第8条)
- 個人情報の取扱について  
家族療養費請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定等に係る給付金送金処理のために利用いたします。

# 療養費給付の算定方法について

## ■ 算 定 方 法

- ① 医療費と処方箋による薬代を合算した自己負担額
- ② 自己負担額から3,400円を控除し、0.95を乗じる

$$\left( \begin{array}{l} \text{(受診月ごと)} \\ \text{自己負担額}^{\ast} - 3,400\text{円} \end{array} \right) \times 0.95 = \text{給付額}$$

(100円未満切捨)

※医療機関ごとの保険適用の診療費（院外処方の薬代を含む）  
入院・通院（医科・歯科）別

(例) △月の〇〇病院での医療費が6,000円、処方箋による薬代が3,800円の場合

医療費と処方箋による薬代を合算して算定

医療費



窓口負担額 6,000円 + 3,800円 = 9,800

処方箋による薬代



【給付額の算定】

|     |         |
|-----|---------|
| 控除額 | -3,400円 |
| 控除率 | ×0.95   |
| 給付額 | 6,000円  |

## ■ 請 求 方 法

医療費と院外処方箋による薬代の領収書を**合わせて添付**し、請求する。

※請求書は医療機関ごと1枚となります。



医療費の領収書

院外処方箋による薬代の領収書