

療養費の給付

退職組合員証を見て、正確に記入してください。

- 請求書は原本をコピーするかホームページからダウンロードしてください。

提出する日付を記入してください。

gojomaru.com 

氏名 互助 太郎

組合員番号 1 2 3 4 5 6 7 8

加入年月 平成25年 4月

一般財団法人 静岡県教職員互助組合    

療養費請求書

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

受診年月 平成 25年 4 月分を請求します。

種別 整理 No. 01 No.

請求年月日 平成 25年 8 月 5 日
同一世帯の同月請求の有無 (有・無)

(様式第三号)

組合員番号 1 2 3 4 5 6 7 8

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

- | | |
|-------------------|-------------------|
| ① 国民健康保険 (被扶) 家族 | ⑧ 私学共済 (現職) 本人 被扶 |
| ② 後期高齢者医療 本人 | 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 (任職) 本人 被扶 | ⑨ その他の共済健保 本人 被扶 |
| ⑤ 私学共済 (任職) 本人 被扶 | ⑩ 企業の健康保険 本人 被扶 |
- 6~8の方は勤務先・電話番号を、9~10の方は健保名称・電話番号を記入 (勤務先または健保名称)

受診時に加入している健康保険証を確認の上○印をつけてください。

受診月の該当するところに○印をつけてください。

受診月と照合できる「証」を添付してください。

退職組合員証を確認の上記入してください。

振込先は、通帳の口座を確認の上記入してください。銀行番号、支店番号が分からない場合は空欄にしてください。

用紙は原本です。請求書はコピーしてお使いください。(該当項目に○をつけてください)

フリガナ 氏ゴ ジョウ 名 タロウ
氏名 互助 太郎
電話番号 054 254 3626
生年月日 27年 5月 10日 (受診時の年齢 61歳)

加入年月 25年 4月 加入

※ 前回と振込先を変更した場合は、通帳のコピーを添付
給付金振込先 (普通預金)
銀行番号 0149 支店番号 128
静岡県庁 支店
〒9618275 互助太郎

療養費の自己負担割合を○で囲む... 【³⁶1割・2割・³⁷3割³⁸】

<69歳以下の方>
適用区分のいずれかを○で囲む... 【³⁹A・⁴⁰B・⁴¹C⁴²】
自己負担額が21,000円以上の場合は『⁴³限度額適用認定証⁴⁴』のコピーを添付
※ 『⁴³限度額適用認定証⁴⁴』を病院等に提示しない場合療養費に該当した場合は、『⁴⁵高額療養費支給決定通知書⁴⁶』等のコピーを添付

<70歳以上で自己負担割合が1割 (2割) の方>
適用区分のいずれかを○で囲む... 【⁴⁷一般・⁴⁸区分Ⅱ・⁴⁹区分Ⅲ⁵⁰】 (所得区分)
※ 非課税世帯の方は区分Ⅱ (低所得者Ⅱ) ・区分Ⅲ (低所得者Ⅲ) に該当します。
非課税世帯の方は『⁵¹限度額適用・標準負担額減額認定証⁵²』のコピーを添付
※ 『⁵¹限度額適用・標準負担額減額認定証⁵²』を病院等に提示しない場合療養費に該当した場合は、『⁵³高額療養費支給決定通知書⁵⁴』等のコピーを添付

※ 請求書は 所属支部 へ提出してください。
※ 必要書類は受診月に該当するものを添付してください。
※ 請求書は診療月ごとに、領収書をまとめて1か月1枚です。

これより下は、記入しないでください。

受診年月 平成 年 月分 保険適用自己負担額 算定額 (円) 計算式
医療機関名 (診療科名) 外来 (円) 入院 (円) 院外処方 (円) 高額・付加 (円)

※ 高額療養費や健康保険組合からの付加給付等は受診月から3か月後ぐらいに給付されます。

合計額 (円) 〇 〇
県事務局調査印 支部調査印

支 部 受 付
給 付 額 (円) 〇 〇
高額世帯合算
1回 2回 3回 複数回
行・無 払