

療養補助金交付申請書

療養者	会員区分 (該当を○で囲む。)	【旧制度会員】 R5. 3. 31以前の退職者	特別会員 0	加入配偶者 1	遺族会員 2	【新制度会員】 R5. 4. 1以降の退職者	特別会員 3	配偶者会員 4			
	会員番号	※右詰で記入してください→			負担割合 (該当を○で囲む。)	高額療養費区分(該当を○で囲む。) ※区分が不明の場合は、ご加入されている健康保険にお問い合わせください。					
	フリガナ				3割・2割・1割	70歳未満	区分	限度額	互助会使用欄		
	氏名						区分ア	252,600円～	1		
	生年月日	昭和	年	月	日 (歳)		区分イ	167,400円～	2		
	住所	〒 -			区分ウ		80,100円～	3			
	電話番号	() - ※日中連絡が取れる番号			区分エ		57,600円	4			
	健康保険種別 (該当を○で囲む。)	<input type="radio"/> 国民健康保険 <input type="radio"/> 公立学校共済組合山口支部 (現職会員の被扶養者) <input type="radio"/> 公立学校共済組合山口支部 (現職会員でない臨時的任用職員) <input type="radio"/> 公立学校共済組合 (山口支部以外 _____ 支部)			<input type="radio"/> 全国健康保険協会 <input type="radio"/> 私立学校共済組合 <input type="radio"/> 市町村職員共済組合 <input type="radio"/> 地方職員共済組合 <input type="radio"/> その他の健康保険 ※健康保険の名称記入 []			70歳以上	現役並み所得Ⅲ	252,600円～	7
	下記のとおり療養を受けましたので、一般財団法人 山口県教職員互助会退職互助部規程により療養補助金を申請します。 令和 年 月 日 一般財団法人 山口県教職員互助会理事長 様 (旧制度) 特別会員 または 遺族会員 (新制度) 特別会員 または 配偶者会員 氏名						70歳以上	現役並み所得Ⅱ	167,400円～	8	
							70歳以上	現役並み所得Ⅰ	80,100円～	9	
85歳未満							一般	57,600円	4		
85歳未満							非課税Ⅱ	24,600円	5		
						85歳未満	非課税Ⅰ	15,000円	6		

【注意事項】

- (1) 旧制度会員は75歳の誕生日の前日受診分まで、新制度会員は55歳から85歳の誕生日の前日受診分まで申請可能です。
- (2) 異なる機関でも同一受診月のものは、同時に申請してください。別々に申請の場合、追加給付はできません。
- (3) 領収書はコピーでも申請できます。ただし、二重申請にご注意ください。

各保険者・各医療機関・各調剤薬局の方へ (お手数ですが、上記療養者に係る診療報酬内訳の健康保険適用分の証明をお願いします。)	医療機関名 又は調剤薬局名		
	診療科		
	受診年月	令和 年 月 (外来・入院)	令和 年 月 (外来・入院)
	療養費総点数	点	点
	患者負担割合	割	割
	法定給付(保険者負担)	円	円
	高額療養費	円	円
	令和 年 月 日		保険者 又は医療機関 又は調剤薬局 (電話番号) ()

※領収書で健康保険適用診療費の明細が確認できず、左記の証明は不要です。

<記入例>

太枠内は、全て記入してください。

旧制度会員の方
(R5.3.31以前の退職者)
○で囲む。

新制度会員の方
(R5.4.1以降の退職者)
○で囲む。

退互第3号様式

コピーして使用可

療養補助金交付申請書

療養	会員区分 (該当を○で囲む。)	【旧制度会員】 R5.3.31以前の退職者	特別会員 0	加入配偶者 1	遺族会員 2	【新制度会員】 R5.4.1以降の退職者	特別会員 3	配偶者会員 4	
	会員番号	5 5 5 5 5	※右語で記入してください			負担割合 (該当を○で囲む。)	高額療養費区分(該当を○で囲む。)		
	フリガナ	ヤマグチ ケンイチ			3割 2割・1割		※区分が不明の場合は、ご加入されている健康保険にお問い合わせください。		
	氏名	山口 県一			受診時の年齢		区分	限度額	互助使用
	生年月日	昭和 〇〇	該当する負担割合を○で囲む。			日 (65 歳)	区分ア	252,600円～	1
	住所	〒 753 - 0074 山口市滝町100-1-A302			70歳未満		区分イ	167,400円～	
健康保険種別 (該当を○で囲む。)	<input checked="" type="radio"/> 国民健康保険 <input type="radio"/> 公立学校共済組合山口支部 (現職会員の被扶養者) <input type="radio"/> 公立学校共済組合山口支部 (現職会員でない臨時的任用職員) <input type="radio"/> 公立学校共済組合 (山口支部以外 _____ 支部)			<input type="radio"/> 全国健康保険協会 <input type="radio"/> 私立学校共済組合 <input type="radio"/> 市町村職員共済組合 <input type="radio"/> 地方職員共済組合 <input type="radio"/> その他の健康保険 ※健康保険の名称記入		区分ウ	80,100円		
健康保険番号	(090) 9999 - 9999 ※日中連絡が取れる番号			70歳以上		区分エ			
下記のとおり療養を受けましたので、互助部規程により療養補助金を申請します。 令和 〇〇 年 5 月 5 日 一般財団法人 山口県教職員互助会理事長 様 (旧制度) 特別会員 または 遺族会員 (新制度) 特別会員 または 配偶者会員			特別会員・遺族会員・配偶者会員の署名(押印不要)			区分オ	35,400円	5	
			氏名 山口 県一			現役並み所得Ⅲ	252,600円～	7	
						現役並み所得Ⅱ	167,400円～	8	
						現役並み所得Ⅰ	80,100円～	9	
						一般	57,600円	4	
						非課税Ⅱ	24,600円	5	
						非課税Ⅰ	15,000円	6	

高額医療に該当した場合、該当区分に○印
保険者へお問い合わせください。
区分が不明の場合は、ご加入の

【注意事項】

- (1) 旧制度会員は75歳の誕生日の前日受診分まで、新制度会員は55歳から85歳の誕生日の前日受診分まで申請可能です。
- (2) 異なる機関でも同一受診月のものは、同時に申請してください。別々に申請の場合、追加給付はできません。
- (3) 領収書はコピーでも申請できます。ただし、二重申請にご注意ください。

各保険者・各医療機関・各調剤薬局の方へ (お手数ですが、上記療養者に係る診療報酬内訳の証明をお願いします。)	医療機関名 又は調剤薬局名	
	診療科	
	区分	
	療養費総額	
	患者負担額	
	法定給付(保険者負担)	円
高額療養費	円	円
令和 年 月 日	保険者 又は医療機関 又は調剤薬局 (電話番号) () -	

領収書等(医療点数・負担割合がわかるもの)がある場合、診療報酬内訳書の記入は不要です。

※領収書で健康保険適用診療費の明細が確認できる場合は、左記の証明は不要です。