

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。)		
	フリガナ							3割・2割・1割	※区分が不明の場合は、ご加入の健康保険 にお問い合わせください。		
	氏名										
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)						70歳未満	区分	限度額	互助会 使用欄
	住所	〒 -							区分ア	252,600円～	1
	電話番号	() - ※ 日中連絡が取れる番号							区分イ	167,400円～	2
	健康保険 種別 (該当を○で囲む。)	○ 国民健康保険 ○ 私立学校共済組合 ○ 全国健康保険協会 ○ 市町村職員共済組合 ○ 公立学校共済組合山口支部 ○ 地方職員共済組合 (現職会員の被扶養者) ○ 文部科学省共済組合 ○ 公立学校共済組合山口支部 ○ その他の健康保険 (現職会員でない臨時の任用職員) ※健康保険の名称記入 ○ 公立学校共済組合 () (山口支部以外 支部)							区分ウ	80,100円～	3
								区分エ	57,600円	4	
								区分オ	35,400円	5	
請求者	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 請求者氏名						70歳以上 85歳未満	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		

※「療養者」が加入配偶者(会員区分1)の場合、「請求者」は特別会員です。

【注意事項】

- (1) 旧制度会員は7.5歳の誕生日の前日受診分まで、新制度会員は5.5歳から8.5歳の誕生日の前日受診分まで申請可能です。
(2) 受診月の翌月以降に、該当月の領収書が全て出揃ってから申請してください。(同一月の申請は再度受け付け不可)
(3) 振込手数料軽減のため、ひと月ごとではなく複数月まとめたの申請にご協力ください。

各 調剤 薬局 の方へ	各 保 険 者 ・ 各 医 療 機 関 ・ (お手数ですが、上記療養者に係る診療報酬内訳 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 区分	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) () - ⑧		

※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。

<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	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			※区分が不明の場合は、ご加入の健康保険 にお問い合わせください。			
	氏名	山口 県一			3割・2割・1割			
	生年月日	昭和 ○○ 該当する負担割合を			日 (65 歳)			
請 求 者	住所	〒 753 - 0074 山口市滝町100-1-A302			受診時の年齢			
	番号	(090) 9999 - 9999 ※日中連絡が取れる番号			70歳未満			
	健康保険種別 (該当を○で囲む。)	○ 国民健康保険 ○ 全国健康保険協会 ○ 公立学校共済組合山口支部 (現職会員の被扶養者) ○ 公立学校共済組合山口支部 (現職会員でない臨時任用職員) ○ 公立学校共済組合 (山口支部以外 _____ 支部)			○ 私立学校共済組合 ○ 市町村職員共済組合 ○ 地方職員共済組合 ○ 文部科学省共済組合 ○ その他の健康保険 ※健康保険の名称記入			
	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 7 月 7 日 「請求者」の署名(押印不要) 一般財団法人 山口県教職員互助会理事長 様 請求者氏名 _____							

※「療養者」が加入配偶者(会員区分1)の場合、「請求者」は特別会員です。

高額医療に該当した場合、該当区分に○印

健康保険へお問い合わせください。

【注意事項】

- 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。
- 受診月の翌月以降に、該当月の領収書が全て出揃ってから申請してください。(同一月の申請は再度受付不可)
- 振込手数料軽減のため、ひと月ごとではなく、複数月まとめたの申請にご協力ください。

各 調 剤 薬 局 の 方 へ	医療機関名 又は調剤薬局名		
	診療科		
	区分		
	療養	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。	
	患者		
	法定給付(保険者負担)	円	円
	高額療養費	円	円
各 保 険 者 ・ 各 医 療 機 関 ・ お 手 数 数 で す が、 上 記 療 養 者 に 係 る 診 療 報 酬 内 訳 書 の 証 明 を お 願 い し ま す。	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る場合は、左記の証明は不要です。