

医療費給付金請求書（様式No.04-020）記入例

① 令和 **3** 年 4 月診療分 医療費給付金請求書 受付番号

【会員記入欄】 診療月時点の情報を太枠内に必ず記入してください。※詳細は下記参照

② 会員番号	2	1	4	0	5	9	0	0	1	続柄コード	3	0	1
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---

④ 会員氏名 職連 太郎 (大・昭・平 39 年 1 月 10 日生) 57 歳	受診者氏名 ※会員本人の場合記入不要 職連 花子 (大・昭・平 39 年 5 月 13 日生) 56 歳
住所 〒 020 - 0024 盛岡市菜園一丁目4番10号	電話番号 (019) 626 - 8431

③受診者の健康保険証について

⑤ 発行機関	⑥ 高額療養費にかかる上限額適用区分について
<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 } 組合名記入欄↓ <input type="checkbox"/> 共済組合 } []	69歳以下の方 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ 70歳以上の方 <input type="checkbox"/> 現役並みⅢ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 非課税Ⅱ <input type="checkbox"/> 非課税Ⅰ

]←※付加給付を受けた場合は決定通知書を必ず添付してください

④受診者の県・市町村・その他医療費助成について

助成を受けて **7** [月額 **20,000** 円] ※必ず受給者証のコピーまたは助成金額がわかるものを添付してください

いますか? 妊産婦 乳幼児 小・中学生 高校生等 ひとり親 重度障害

はい(右記入) 指定難病 自立支援 肝炎 人工透析 その他()

いいえ **8** 所得制限超過のため医療費助成を受けていません

⑤受診者の付加給付(役職連以外の医療費給付がある)団体への加入状況について

加入していますか 9 <input type="checkbox"/> 岩手県市町村職員健康福利機構 <input type="checkbox"/> はい(右記入) <input type="checkbox"/> 岩手県退職教職員互助会 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []	役職連記入欄 <input type="checkbox"/> 高額 回目 () <input type="checkbox"/> 追加給付 H・R 年 月給付済 <input type="checkbox"/> 調整
--	---

領収証は、点線より下へホチキス左留めで添付してください。

①受診した年月を記入してください。

領収証は診療月・病院ごとでまとめてください。(お支払いした月ではありません。)

②会員番号を記入してください。

③続柄コードを記入してください。医療費給付金請求書裏面の続柄コードを参考に記入してください。(80～90 みなし被扶養者は対象外です)

④会員氏名(生年月日)と受診者氏名(生年月日)を記入してください。受診者が会員本人の場合は、受診者氏名の記入は不要です。年齢は受診した月の満年齢を記入してください。

⑤受診者の保険証の発行機関にしてください。健康保険組合・共済組合に加入している方は必ず【 組合名 】を記入し、付加給付を受けた場合は決定通知書を添付してください。

⑥受診した月の高額療養費適用区分(上限額)を記入してください。
(国保の場合は毎年8月に前年度の所得等により見直されます。)

⑦医療費助成を受けている方は**はい**にし、月額の自己負担額を記入してください。また、受給者証が更新される都度コピーを添付してください。

⑧ ⑦の医療費助成に該当しているが、所得制限超過で医療費助成を受けていない方は、⑧にもしてください。

⑨受診者が役職連以外の付加給付のある制度に加入している場合は、**はい**にし、該当団体にしてください。その他の場合は団体名を記入してください。

その他詳細については、医療費給付金請求書をご覧ください。