

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	1	4	0	5	0	0	0	1	続柄コード	3	0	0
④ 会員氏名						③ 受診者氏名 ※会員本人の場合記入不要						
職連 太郎												
(大・昭・平 55 年 1 月 10 日生) 41 歳						(大・昭・平・令 年 月 日生) 歳						
住所 〒 020 - 0024						電話番号 (019) 626 - 8431						
盛岡市菜園一丁目4番10号												

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等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 役職連記入欄

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 []	<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、点線以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。
 - 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 高額療養費にかかる上限額適用区分を記入してください。
 - ⑦ 医療費助成を受けている方は**はい**にし、月額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。(主に退職会員です)
- 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。