医療費給付金請求書（様式№04-020）記入例

① 令和 ❶3 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 ❷6 4 0 5 0 0 0 1　続柄コード ❸0 1

会員氏名	受診者氏名　※会員本人の場合記入不要
❹ 職連　太郎	職連　花子
(大・昭・平 19 年 1 月 10 日生)　77 歳	(大・昭・平・令 19 年 5 月 13 日生)　76 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

❺発行機関

- ☐ 全国健康保険協会(協会けんぽ)
- ☐ 国民健康保険
- ☑ 後期高齢者医療広域連合
- ☐ 健康保険組合
- ☐ 共済組合

組合名記入欄↓ [　　]

❻高額療養費にかかる上限額適用区分について

69歳以下の方	☐ ア　☐ イ　☐ ウ　☐ エ　☐ オ		
70歳以上の方	☐ 現役並みⅢ	☐ 現役並みⅡ	☐ 現役並みⅠ
	☐ 一般	☑ 非課税Ⅱ	☐ 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

助成を受けていますか？

- ☑ はい(右記入)
- ☐ いいえ

❼[月額 5,000 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

☐ 妊産婦　☐ 乳幼児　☐ 小・中学生　☐ 高校生等　☐ ひとり親　☐ 重度障害

☑ 指定難病　☐ 自立支援　☐ 肝炎　☐ 人工透析　☐ その他(　　)

❽ ☐ 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

- ☐ はい(右記入)
- ☑ いいえ

❾ ☐ 岩手県市町村職員健康福利機構
☐ 岩手県退職教職員互助会
☐ その他 [　　]

役職連記入欄

☐ 高額　　回目 (　　)
☐ 追加給付　H・R　年　月給付済
☐ 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。

❶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。）

❷会員番号を記入してください。

❸続柄コードを記入してください。会員本人の場合は【００】、会員の配偶者の場合は【０１】と記入してください。

❹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。

❺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。

❻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・後期高齢の場合は毎年８月に前年度の所得等により見直されます。）

❼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。

❽ ❼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、❽にも☑してください。

❾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。