

# 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 6 4 0 5 8 0 0 1 続柄コード 0 0

④ 職連 花子 記入不要

(大・昭・平 19 年 5 月 13 日生) 76 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  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 } 組合名記入欄↓  共済組合

⑥ 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

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 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

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  岩手県市町村職員健康福利機構  はい(右記入)  岩手県退職教職員互助会  いいえ  その他 [ ]

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。

- 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。(例：〇〇〇〇8000)
- ③ 遺族配偶者会員の続柄コードは【00】と記入してください。
- ④ 会員氏名(生年月日)を記入してください。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・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。)
- 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。

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。