

（医療補助金）

薬剤補助金請求書

（退職会員）

番号

※互助会記入欄

請求者記入欄	記入又は数字を○で囲む	①	2 薬剤	②	この請求の 該 当 年 月	年	月 分	③	会員番号	
					月毎1箇月単位で請求			④	会員氏名	
		⑤	区分	1 会 員	2 給付対象配偶者	⑥	受診者性別	1 男	2 女	
		⑦	氏 名	④と同じ場合は「同」と記入			⑧	受診者 生年月日	年	月 日
		⑨今回投薬を受けた際の健康保険の種類等								
		国民健康保険		協会けんぽ・共済組合等		協会けんぽの事業所名称・共済組合等の名称				
		3	4	7	8	協会けんぽの事業所名称				
		本	家	本	家	国保組合・健保組合の名称				
		人	族	人	族	共済組合の名称				
		⑩ ⑤区分で「2 給付対象配偶者」の方は年収制限（※）があるため、毎年8月を超えて初めて請求するとき、配偶者名義の「市町村長発行の（非）課税証明書の原本」、又は「受理された確定申告書の写し」を提出してください。（収入額が記載されているもの）遺族年金、障害年金受給者は受給額がわかる通知書等の写しも提出してください。 （※）給付対象配偶者の認定条件は原則年収130万円未満。ただし、身体障害者（1～3級）、特定医療費（指定難病）受給者等は年収300万円未満								
⑪ 送金先金融機関名 ※互助会に登録している送金先を変更する場合のみ記入してください。										
銀行 支店 口座番号（普） 口座名義										
⑫ 私が請求した補助金の事務手続上必要な情報について、第三者である金融機関等に提供することに同意し、上記のとおり請求します。 また、補助金を算出するために必要な場合は、医療機関等へ問い合わせることに同意します。 年 月 日 千 住所 請求者 氏名 電話 一般財団法人和歌山県教育互助会理事長 様										

薬剤師証明欄	患者氏名					処方箋発行元の医師 又は医療機関名				
	この証明書の 投 薬 日	年 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日								
	月末締切で1枚の証明									
	保 険 適 用 点 数	点				本人負担割合	10%	20%	30%	
	自己負担割合の異なる被保険者証使用の場合は、別に証明願います。									
	結核・精神病予防法・伝染病等による 上記点数に含まれる公費負担分	点								
	公費負担のうち本人負担割合	0 %		%						
	上記のとおり証明します。 年 月 日									
	所 在 地 保険薬局 名称及び氏名 印									

（注）1 患者名、投薬日、保険調剤点数又は保険調剤分の患者負担額、自己負担割合、処方箋発行元の医療機関名が判別できる領収書箋がないときに、上記の「薬剤師証明欄」に保険薬局で証明を受けてください。
2 証明は、和歌山県医師会及び歯科医師会との話し合いで無料で扱われます。
ただし、保険薬局によっては有料になる場合があるため、事前にご確認ください。
3 請求期限は、事由発生後3年間です。
4 補助金の対象となるのは医療保険適用分です。