

医療補助金請求書

(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 1 入院 2 外来 3 訪問看護	② この請求の 該 当 年 月 年 月 分 月毎1箇月単位で請求	③ 会員番号	
		⑤ 受診者区分	1 会 員 2 給付対象配偶者	⑥ 受診者性別	1 男 2 女
		⑦ 受診者氏名	④と同じ場合は「同」と記入	⑧ 受診者 生年月日	年 月 日
	⑨ 今回診療等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 本 家 人 族	7 8 本 家 人 族	協会けんぽの事業所名称		
			国保組合・健保組合の名称		
			共済組合の名称		
	⑩ ⑤受診者区分で「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					

医師証明欄	患者氏名			総合病院の場合は診療科名	
	この証明書の診療(訪問)期間 月末締切で1枚の証明	自・ 年 月 日 至・ 年 月 日			
	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		入院外来区分	入院 外来 訪問看護
	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 医療機関 名称及び氏名 印				

(注) 1 領収書(写し可)は、裏面に貼付してください。

2 患者名、診療日(期間)、保険診療点数又は保険診療分の患者負担額、自己負担割合、入院・外来別等が判別できる領収書等がないときは上記の「医師証明欄」に医療機関で証明を受けてください。

3 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、医療機関によっては有料になる場合があるため、事前に確認してください。

4 請求期限は、事由発生後3年間です。

5 補助金の対象となるのは医療保険適用分です。

6 整骨院で証明を受ける場合、「保険適用点数欄」に1か月の保険診療金額(10割)を記入してもらってください。