

医療費補助金請求書
(後期高齢者医療制度適用者用)

※ 入力年月	令和 年 月	バッチ	0	※ナンバリング		データ種別	2
--------	--------	-----	---	---------	--	-------	---

※ 給付対象 自己負担額	円	※ 給付額	円
-----------------	---	-------	---

会員氏名	受診月	令和 年 月	共済組合員 等記号番号 公立高知
------	-----	--------	------------------------

所属所住所	〒	所属所名
-------	---	------

上記のとおり請求いたします。
 一般財団法人高知県教職員互助会理事長 様
 令和 年 月 日
 住所 〒

氏名
 電話番号 () - -

上記のとおり請求がありましたので、提出します。
 令和 年 月 日
 職名
 所属所長
 氏名

注意事項

1. 〳〳で囲まれた欄をご記入ください。※欄は記入しないでください。
2. 受診月の翌月以降に提出してください。(給付は最短で受診月の4ヶ月後、例えば1月受診分の場合は、2月以降に請求書を提出し5月10日頃に給付)
3. 請求期限は3年以内です。(例えば令和6年1月受診分は令和8年12月末までに請求)
4. 医療機関ごとに1ヶ月分を1件として請求(1件あたりの自己負担額が2,600円以上の場合にこの請求書を1枚提出)してください。
5. 同一受診月であっても次の場合は別々の請求となります。(同一医療機関の入院と外来、受診医療機関と調剤薬局、同一調剤薬局であっても処方箋発行医療機関別)
6. 医療機関の領収書またはその写しを裏面に貼付してください。ただし、紛失等の場合は下記「医療費自己負担額証明」欄に医療機関で記入・押印してもらってください。

医療費自己負担額証明 (医療機関記入欄)

受診者名	受診月	令和 年 月	入院期間 (入院のみ記入)	日~ 日 (日間)
------	-----	--------	------------------	-----------

総医療費	点 円	左記のうち後期高齢者医療制度での自己負担額	円
------	--------	-----------------------	---

受診医療機関
 住所
 名称 印

調剤薬局の場合は処方箋を発行した医療機関名を右に記入