

**(一財) 長崎県教職員互助組合**  
～医療補助金請求の方法～  
**B型請求編**  
(医療費のお知らせ利用)



長崎県教職員互助組合の退職互助部事業 医療補助金の医療費のお知らせを使った請求方法についてご説明いたします。

## 2. B型請求 (医療費のお知らせ利用)

退職互助部ハンドブックから、切り取るかコピーして準備してください。  
また、医療費のお知らせも併せて準備してください。

様式第11号

### 医療補助金請求書

※ 退職互助部ハンドブックをご参照の上、にご記入ください。

領収証  
添付欄

一般財団法人 長崎県教職員互助組理事長様

〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		姓 名	<input type="text"/>
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生 年 月 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	性 別	<input type="text"/>
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	職 業	<input type="text"/>
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	住 居	<input type="text"/>
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電 話	<input type="text"/>
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	住 居	<input type="text"/>
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電 話	<input type="text"/>

※ 以下は医療機関に記入を依頼するか、領収証をもとにご自身で記入ください。

- 医療機関への依頼は、 本人が申請するが、 医療機関が申請するが、 病院（調剤薬局）領収書（本欄内）をすべて提出して記入を依頼いたします。
- 1 上記「受診者氏名」欄に記入する場合は、受診者本人の捺印してください。
  - 2 上記「受診者氏名」欄に記入する場合は、受診者本人の捺印してください。（受診者本人が捺印は、レシートに「受診者氏名」欄に記入し、受診者本人の捺印は、受診者本人が捺印してください。）
  - 3 レシートに「受診者氏名」欄に記入し、受診者本人の捺印は、受診者本人が捺印してください。
  - 4 薬局では、受診者本人の捺印は、受診者本人の捺印としてご記入ください。
  - 5 病院・調剤薬局は、捺印は不要です。

必要事項を記入後、記入した分の領収証を裏面に「カマ」で留め、**封筒**に入れてご提出ください。

※ 封筒（A4用紙）に糊付けして封筒でも可

保険種別	※ 下記に記入した診療科目の医療保険及び区分を選択してください。	区分
1 国民健康保険 (70歳未満)	2 その他	1 被保険者
2 国民健康保険 (70歳以上)	3 国民健康保険 (70歳以上)	2 被保険者(本人)
3 国民健康保険 (70歳以上)	4 国民健康保険 (70歳以上)	3 家族
4 国民健康保険 (70歳以上)	5 国民健康保険 (70歳以上)	

### 国民健康保険医療費のお知らせ

医療費通知作成範囲:	令和〇年5月 ~ 令和〇年6月 診療分	令和〇年8月12日 作成					
被保険者証記号・番号	互助・99999	〇〇市					
年 月	受 診 者 氏 名	受診 区分	日 数	医療費総額	医療費総額の内訳		病院等名称
					国民健康保険等から支払った額	窓口での負担額	
01 05	互助 太郎	通院	2	9,780	6,146	2,634	互助外科医院
01 05	互助 太郎	薬科	2	13,630	9,541	4,089	互助薬科医院
01 05	互助 太郎	薬科	2	6,680	4,653	2,027	互助調剤薬局/药店
01 08	互助 太郎	通院	1	5,580	3,522	1,658	互助内科
01 08	互助 太郎	薬科	1	4,380	3,418	1,464	互助の薬局
01 05	互助 花子	通院	1	34,980	24,488	10,494	互助内科
01 05	互助 花子	薬科	1	10,850	7,585	3,265	互助の薬局
01 06	互助 花子	入院	19	190,140	132,098	57,042	互助総合病院
01 06	互助 花子	薬科	2	9,078	5,648	2,421	互助薬科医院
			27	283,580	198,508	85,074	

※ 『窓口での負担額』欄の金額は、計算上の額です。病院等の窓口での支払いは健康保険法の規定により、10円未満の額が四捨五入されています。そのため、領収証の合計金額と合わないこともあります。

書き方について説明しますので、退職互助部ハンドブックから医療補助金請求書を切り取るかコピーしてご準備ください。

また、お手元に医療費のお知らせをご準備ください。医療費のお知らせの原本を手元に残す必要がある場合は、コピーして準備してください。

## 2. B型請求（医療費のお知らせ利用）

### (1) 医療費のお知らせを確認

医療費のお知らせは、同世帯同保険種別の方は全員掲載されますので、誰の請求分かわかるようマークしてください。（転記誤り防止）

国民健康保険医療費のお知らせサンプル

国民健康保険医療費のお知らせ									
医療費通知作成範囲： 令和2年5月～令和2年6月 診療分 令和2年8月12日 作成									
被保険者証記号・番号		互助・999999			〇〇市				
年	月	受診者氏名	受診区分	日数	医療費総額	医療費総額の内訳		病院等名称	
						国民健康保険等から支払った額	窓口での負担額		
02	05	互助 太郎	通院	2	8,780	8,146	2,634	互助外科医院	
02	05	互助 太郎	歯科	2	13,830	9,541	4,089	互助歯科医院	
02	05	互助 太郎	薬局	2	6,890	4,683	2,007	互助調剤薬局県庁店	
02	06	互助 太郎	通院	1	5,560	3,892	1,668	互助内科	
02	06	互助 太郎	薬局	1	4,380	3,416	1,484	互助の薬局	
02	05	互助 花子	通院	1	34,980	24,486	10,494	互助内科	
02	06	互助 花子	薬局	1	10,850	7,595	3,255	互助の薬局	
02	06	互助 花子	入院	15	190,140	133,098	57,042	互助総合病院	
02	06	互助 花子	歯科	2	8,070	5,649	2,421	互助歯科医院	
合計				27	283,580	198,508	85,074		

※『窓口での負担額』欄の金額は、計算上の額です。病院等の窓口での支払いは健康保険法の規定により、10円未満の額が四捨五入されております。そのため、領収証の合計金額と合わないこともあります。

- ① 受診者が分かるようにする。
- ② 窓口での負担額が1,670円を超えたものをチェックする。

※ 医療費のお知らせは、発行する保険者によってレイアウトや項目名が異なる場合があります。

医療費のお知らせから転記する対象を明確にしました。



医療補助金請求書に記入する前に、転記ミスを防ぐため、医療費のお知らせから転記する部分についてマークしていきます。

この画面では、互助太郎さんの受診分について請求する場合を表していますので、最初に、世帯全員分が掲載されている場合、受信者氏名が分かっている箇所にラインを引きます。

次に、窓口での負担額が、1,670円以上になっているものをマークします。

これで、医療補助金請求書に記入する準備ができました。

## 2. B型請求（医療費のお知らせ利用）

### (2) 医療補助金請求書への記入（上部 組合員情報）

医療補助金請求書 ※ 退職互助部ハンドブックをご参照の上、□にご記入ください。

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長様

下記のとおり請求します。

退職組合員番号	区分	療養者（請求者）氏名	生年月日
99999	①組合員	互助 太郎	明治 〇〇年 〇〇月 〇〇日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
②加入記録者		電話 090-9999-9999	
身体障害者手帳所持者	級	居住地	世帯主

※ 身体障害者手帳の記載事項は、請求書に記入する必要はありません。

**領収証添付欄**

必要事項を記入後、記入した分の領収証を重ねて、クリップで留めるか、お貼りください。

#### 医療補助金請求書上部の

退職組合員番号、区分、氏名、電話（日中連絡可能）、生年月日、  
身体障害者手帳（精神障害等は記入不要）をお持ちの方は障害等級、居住地

を記入してください。（8か月を超える受診分を依頼する場合は、2枚目も同様に準備）

請求方法に限らず、上部の記入方法は同じでご自身で記入が必要です。

次に医療補助金請求書の作成に入ります。

医療補助金請求書上部の、退職組合員番号、区分、氏名、電話番号、生年月日をご記入ください。

また、身体障害者手帳をお持ちの方は、障害等級と居住地をご記入ください。

これから記入する受診期間が8か月を超える場合は、2枚目も同様に準備してください。

## 2. B型請求（医療費のお知らせ利用）

### （3）医療補助金請求書への記入（中部 医療保険種別）

病院（調剤薬局）領収欄		
保険種別	※下記に記入した診療年月の時の医療保険及び区分を選択してください。	
		区分
12 国民健康保険（70歳未満）	17 その他 [ ]	1 被保険者 世帯主(本人)
13 公立学校共済組合（任意継続）		
15 公立学校共済組合（現職・ワタシ再任）	18 前期高齢者（70歳以上）	2 被扶養者 家族
16 全国健康保険協会（協会けんぽ）	19 後期高齢者（75歳以上）	

医療補助金請求書中部の保険種別及び区分を選択します。  
（医療費のお知らせを発行している保険者＝保険種別）

区分は、生計を維持されている方が「1」となります。

今回請求する受診年月時の保険種別を選択してください。



次に中ほどの保険種別を選択します。

これから記入する受診期間分の医療保険を選択してください。

また、右側の区分は、生計維持者が1となります。

なお、後期高齢者については、配偶者であっても被保険者となりますので区分は1となります。

## 2. B型請求（医療費のお知らせ利用）

### (4) 医療補助金請求書への記入（下部 請求内容）

医療費のお知らせ（抜粋）

受診年月	受診者氏名	受診区分	日数	医療費総額	医療費総額の内訳		病院等名称
					国民健康保険等から支払った額	窓口での負担額	
02/05	互助 太郎	通院	2	8,780	6,148	2,634	互助外科医院
02/05	互助 太郎	歯科	2	13,830	9,541	4,089	互助歯科医院
02/05	互助 太郎	薬局	2	6,890	4,883	2,007	互助調剤薬局風井店
02/05	互助 太郎	通院	1	5,580	3,392	1,888	互助内科
02/05	互助 太郎	薬局	1	4,880	3,418	1,464	互助の薬局
02/05	互助 太郎	薬局	1	24,250	24,250	10,404	互助薬局

準備した医療費のお知らせをお手元に置きます。

- ① 病院や薬局名を転記
- ② 元号は書かず、受診年、受診月を転記
- ③ 受診区分が入院以外（通院、歯科、薬局）は外来を選択
- ④ 窓口での負担額を転記

医療補助金請求書

病院・調剤薬局名 (医療機関毎)	診療年月 (月毎)	該当に O印	領収金額	医療費 総点数(額)
互助外科	2年 5月分	1入院 2外来	2,634 円	記入 不要
互助歯科	2年 5月分	1入院 2外来	4,089 円	
互助薬局	2年 5月分	1入院 2外来	2,007 円	
	年 月分	1入院 2外来	円	

医療費総点数(額)欄は記入不要↑

※ 加入配偶者分も請求される場合は、請求用紙を別に作成して同様に記入してください。

負担額は四捨五入せずそのまま転記してください。



それでは、医療費のお知らせにマークした箇所を医療補助金請求書に転記します。

1行ずつ記入していきます。

まず医療機関名を記入し、受診年を元号なしで記入し、受診月を記入します。

続いて、入院か外来かを選択し、領収金額の欄に、窓口での負担額を四捨五入せずそのまま転記します。

医療費総点数欄は記入する必要はありません。

また1行ずらして、同様に転記していきます。

医療費のお知らせでマークした分を記入したら、医療補助金請求書は作成完了です。

## 2. B型請求（医療費のお知らせ利用）

(5) 医療補助金請求書への記入（最下部）



The image shows a form for medical assistance request. The form is partially obscured by a large red 'X'. The visible text on the form includes: '年 月 日', '所在地', '医療機関名', and '(電話番号)'. There is also a small circular stamp with the character '印' (Seal) on the right side. The text '医療機関が記入する欄です。' (This is the section for the medical institution to enter information) is also visible.

医療費のお知らせで確認できますので、記入は不要です。



医療補助金請求書の最下部は、A型請求にしか使いません。  
また、領収証で内容の確認ができますので、（クリック）記入は不要です。

## 2. B型請求（医療費のお知らせ利用）

(6) 医療費のお知らせの添付（コピーしたものを添付してもOK）

<p>レシートをここに記入してください。</p> <p>年 月 日</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>記入ください。</p> <p>調剤薬局領収書</p> <p>さい。等の負担額は除く1,870円以上の点数が必要)</p>	<p><b>領収証添付欄</b></p> <p>必要事項を記入後、記入した分の領収証を重ねて、クリップで留めるか、ホチキスで1箇所留めしてください。</p> <p>※白紙（A4用紙）に糊付けして添付でも可</p>
--	--



医療補助金請求書右上部の  
領収証添付欄に記入した医療費のお知らせを添付

国民健康保険医療費のお知らせ

医療費通知作成範囲： 令和2年5月～令和2年6月 診療分

医療費通知番号： 互助・99999

受付年月	受診者氏名	受付区分	日数	医療費総額	国民健康保険等から支払った額	医療費の内訳	病院等名称
05	太郎	本郡	2	8,720	8,148	2,834	互助外科医院
05	太郎	本郡	2	12,820	8,541	4,009	互助歯科医院
05	太郎	本郡	2	6,890	4,693	2,007	互助総合医療センター
06	太郎	本郡	1	5,580	3,892	1,488	互助内科
06	太郎	本郡	1	4,880	3,418	1,484	互助の薬局
06	花子	本郡	1	24,320	14,428	10,484	互助内科
06	花子	本郡	1	18,950	7,585	3,255	互助の薬局
06	花子	入院	15	180,140	133,688	57,042	互助総合病院
06	花子	資料	2	8,070	5,849	2,421	互助歯科医院
合計				27	285,580	188,508	85,074

※ 窓口での負担額は、欄の金額は、計算上の値です。病院等の窓口での支払いは健康保険法の規定により、10円未満の額は四捨五入されています。そのため、領収証の合計金額と異なることがあります。

※ 領収証の添付は、医療費のお知らせの添付が必須です。

同次(家) 領収証

クリップかホチキスを利用

記入した内容を今一度確認の上、郵送か、持参して請求してください。

最後に、記入した分の医療費のお知らせを右上の「領収証添付欄」に重ねて、クリップかホチキスで留めてください。  
これで、互助組合に請求する準備ができました。