

# 【記入例】

上部

**医療補助金請求書**

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
99999	①組合員 2加入配偶者	互助 太郎 電話 090-1234-5678	大正 〇〇年 〇〇月 〇〇日 昭和
身体障害者手帳所持者	級	居住地	市・区・町

請求方法に限らず必ずご記入ください。

審査時に内容確認のため連絡が取りやすい連絡先をご記入ください。

身体障害者手帳所持者は等級と居住地をご記入ください。

A型請求の場合は、上記部分を記入後、医療機関へ記入を依頼してください。  
B型請求の場合は、下記を参考に中部を記入し、領収証等を添付し互助組合に送付してください。

中部

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に○で選択してください。 また、変更があった場合は、互助組合に届出が必要です。	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)
13 公立学校共済組合(任継・臨任)	18 前期高齢者(70歳以上)	2 被扶養者(家族)
15 公立学校共済組合(現職・7ヶ月再任)		19 後期高齢者(75歳以上)
16 全国健康保険協会(協会けんぽ)		

請求する診療年月に該当する医療保険を選択してください。  
なお、複数の医療保険に跨る場合は、複数選択できませんので、請求用紙を分けて記入してください。

元号は不要です。数字のみ記入してください。

病院・調剤薬局名 (医療機関毎)	診療年月 (数字のみ)	該当に ○印	一部負担金 (保険適用分のみ)	医療費 総点数(額)
互助医院	1 年 5 月分	①入院 ②外来	3630 円	1210 点・円
互助外科	31 年 4 月分	①入院 ②外来	9300 円	3100 点・円
互助クリニック	1 年 12 月分	①入院 ②外来	6000 円	2000 点・円
互助薬局	2 年 4 月分	①入院 ②外来	4500 円	1500 点・円
互助総合病院 泌尿器科	2 年 5 月分	①入院 ②外来	9360 円	3120 点・円
// 内科	2 年 6 月分	①入院 ②外来	5040 円	1680 点・円
// 内科	2 年 6 月分	①入院 ②外来	75300 円	25100 点・円
// 歯科	2 年 6 月分	①入院 ②外来	2940 円	980 点・円

1行目は記入例です。

病院や調剤薬局毎、診療年月毎に領収金額(保険診療のみ)が1,670円以上のものを、医療費総点数と併せて記入してください。

同医療機関、同受診月でも、入院と外来は分けて記入してください。

同月・同医療機関でも、医科と歯科は分けて記入してください。

A型請求時は記入不要。B型請求時は医療機関名が分かれば略称でも可。  
なお、医療費のお知らせ利用時は記入不要です。(ただし、順番通りに転記してください)

下部

## 【A型請求の場合】

医療機関証明欄(医療機関が記入)

所在地 長崎市互助町3番1号

医療機関名 長教互総合病院

(電話番号) 095-824-4721

〇〇年〇〇月〇〇日

長教互総合病院 (印)

記入を依頼した医療機関名等の記入及び押印があるか確認してください。

※B型請求(ご自身で記入する)の場合は、この欄は記入不要です。

## 【B型請求の場合】

領収証

〇〇外科

1 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
2 大正 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
3 昭和

右上部の「領収証貼付欄」にホチキスカ、クリップで領収証等を留めて提出ください。