

後期部会のしおり

人生 100 年時代

“健やかで潤いのある

ライフスタイル”をめざして

令和 6 年 4 月

一般財団法人 栃木県教育福祉振興会

も く じ

はじめに	1
1 後期部会制度	2
2 後期部会の事業	2
(1) 給付事業の内容及び提出書類	3
医療費補助金	3
長寿祝金	3
健康祝金	3
介護補助金	3
死亡弔慰金	4
退会還付金	4
退会給付金	4
(2) 保健福祉事業の内容及び提出書類	5
ア 人間ドック助成金	5
イ いきいき助成金	5
(3) 福利厚生事業	5
ア 会員サービス	5
イ テーブルマナー教室	5
ウ 各種セミナー開催	5
エ 栃木県交響楽団定期演奏会チケット配付	5
(4) 会報の発行	5
3 給付・助成事務の流れ	6
(1) 給付事業（ア 医療費補助金の給付 ～ キ 退会給付金の給付）	6～8
(2) 保健福祉事業（ア 人間ドック助成金 ～ イ いきいき助成金）	9～10
4 Q & A	11～12
5 提出書類（請求書等）の記載例	13
(1) 医療費補助金請求書	13～16
(2) 介護補助金請求書	17～18
(3) 保健福祉事業助成金請求書	19～20
(4) 異動届書	21～22
(5) 退会申請書	23～24
6 その他届出が必要な場合	25
7 請求書等送付先・お問合せ先	25
8 各種給付の支払	25
9 様式集	26～31

は　じ　め　に

栃木県教育福祉振興会後期部会は、医療費補助を中心とした各種福利厚生事業等をはじめとする互助組織であります。平成5年4月より退職後の教職員の皆様の豊かで安定した生活を支援することを目的として、退職者部会として組織され、令和6年度より公務員の定年延長による教職員への対応を鑑み、現在の部会名称に変更いたしました。

現在の会員数は、会員及び配偶者を含め、約4,000名にご加入をいただいております。

今後、高齢化社会がさらに進み人生100年時代が到来することが予想されています。

このような状況において、61歳から80歳まで、ゆとりある生活をお送りいただくためにも、後期部会の果たすべき役割は非常に大きいものと考えております。

会員の皆様方のご要望を真摯に受け止めながら、より充実したご支援ができますよう事業を展開してまいりますので、今後とも当振興会に対しましてご理解とご協力を賜りますようお願いいたします。

この「後期部会のしおり」を事業内容の理解や事務手続きの一助といたしまして、ご活用いただければ幸いに存じます。

令和6年4月

一般財団法人栃木県教育福祉振興会

1 後期部会制度

栃木県教育福祉振興会 前期部会への在籍中は、心身の健康を保持・増進させるため、さまざまな福利厚生事業を受けておりましたが、長期的視点においては、いずれすべての教職員の方はご退職され、セカンドライフが始まります。

個人の状況により異なりますが、総じて収入の減少と、これまで享受されていた前期部会の会員としての福利厚生が受けられなくなることから、生活に不安を感じることがないように設立された互助組織が、栃木県教育福祉振興会後期部会です。

後期部会は、会員の皆様の掛金で運営され、満61歳以降の物心両面にわたる生活の安定を図るため、さまざまな福利厚生事業を実施しています。

(1) 掛金

掛金は550,000円で配偶者の方も同額です。(会員区分の移行・入会時のみ)

(2) 給付及び助成が受けられる年齢

給付及び助成の対象となる年齢は満55歳以上満80歳までとなります。

※ 医療費補助金の給付は、満75歳の誕生日までとなります。

(3) 会員呼称

後期会員

※ 前期会員としての会員期間中、毎月の給料から後期部会の掛金を分割納入できる「後期移行登録者」の制度を別途制定しております。

(4) 会員の資格喪失

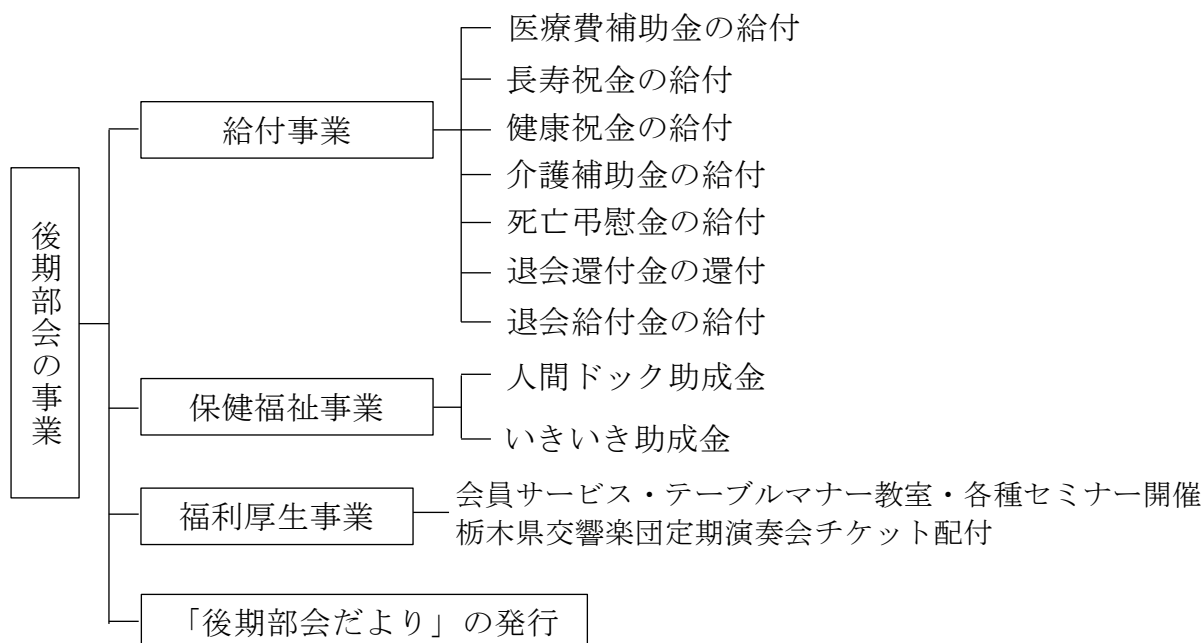
満80歳に達した月の翌月の初日で、自動的に後期会員の資格を喪失します。

2 後期部会の事業

給付事業及び保健福祉事業を行っています。事業の種類は次のとおりです。

詳しくは次頁以降の事業内容をご覧ください。

※ 給付事業・保健福祉事業の請求期限は給付事由が発生してから2年間です。



請求期限は給付事業・保健福祉事業ともに、事由が生じた日から2年です。

請求書を作成されるときは、該当する事業名の記載例の頁を参考にご記入願います。

(1) 給付事業の内容及び提出書類

事業名	内 容	給 付 額 等	提 出 書 類			様 式 記載例
			有	無	請 求 様 式	
医療費補助金	医療費補助金対象会員が、病気やけがなどにより保険医療機関(薬局を含む)で診療を受けたとき。 ただし、次の場合は給付の対象となりません。 ○保険適用外の諸費用 ・入院時食事療養費 ・差額ベッド代 ・保険外の貴金属等を使用した歯の治療 ・健康診断、予防注射、血液検査、人間ドック ・医師の同意書のない「はり」「きゅう」「あんま」「マッサージ」 ・補聴器・眼鏡・松葉杖 ○交通事故など第三者からの加害行為により損害賠償を受けたとき ○入院の際の付添看護料 ○移送料 ○加入保険や市町等からの公的給付金を受けたとき(高額療養費等)	医療機関で診療を受けたとき。 (給付年齢) ・満55歳以上満75歳(誕生日)まで (給付割合) ・5割給付(100円未満切捨) (給付対象) ・同一月に同一医療機関(薬局を含む)で診療を受け、保険適用による自己負担金(窓口支払)の合計額が、2,000円以上の場合に、給付の対象になります。 (年度内給付累計上限額) 30,000円 ※上限額3万円を超えた以降の領収証は、翌年度に繰り越し請求ができます。	○		医療費補助金請求書(様式第6号) ・医療機関等発行の領収書・レシートを貼付する。 ・レシートには受診者名を記入する。 ・レシート、市販の用紙の領収書の場合は領収額の内訳(保険適用自己負担額)または保険適用外の有無を付記する。 ・院外処方の場合の薬代は、処方箋を発行した病院の領収書と一緒に貼付する。	様式 27頁 記載例 13頁
長寿祝金	会員が次の年齢に達したとき。 77歳 喜寿の祝	20,000円		○	自動給付	
健康祝金	会員が、医療費補助の給付対象期間中(55歳以上75歳未満)に、引き続き3年間医療補助金の給付を受けなかったとき。	20,000円		○	自動給付	
介護補助金	会員が、在宅で3か月以上継続して介護を受けている場合で、次のいずれかに該当しているとき。 ・体位の変換が不可能な場合 ・床上起座が不可能な場合 ・食事及び用便に介護者を要する場合(55歳以上の者)	50,000円 ※ 給付は1回限りです。	○		介護補助金請求書(様式第7号) 医師又は民生委員の証明が必要です。	様式 28頁 記載例 17頁

事業名	内 容	給 付 額 等	提 出 書 類			様 式 記載例												
			有	無	請 求 様 式													
死亡 弔慰金	会員が死亡したとき。	30, 000円 長寿祝金の給付を受けた者が長寿祝金の給付年齢前に死亡していることが判明したときは、長寿祝金との調整をさせていただきます。	○		退会申請書 (様式第3号－2) ・死亡が確認できる書類 ・会員と請求者の続柄がわかる書類 (戸籍謄本の原本またはコピー)	様式 31頁 記載例 23頁												
退会 還付金	会員が、医療費補助金の給付対象となったときから、5年未満の期間内に次のいずれかに該当したとき。 ・死亡したとき ・外国に転出したとき ・退会を希望したとき	<table><tr><td>医療費補助金の給付対象となつてからの期間</td><td>還付金</td></tr><tr><td>1年未満</td><td>45万円</td></tr><tr><td>1年以上2年未満</td><td>35万円</td></tr><tr><td>2年以上3年未満</td><td>25万円</td></tr><tr><td>3年以上4年未満</td><td>15万円</td></tr><tr><td>4年以上5年未満</td><td>5万円</td></tr></table> 医療費補助金の給付対象年齢(55歳)に達する前に該当したときは納付済み掛金と同額	医療費補助金の給付対象となつてからの期間	還付金	1年未満	45万円	1年以上2年未満	35万円	2年以上3年未満	25万円	3年以上4年未満	15万円	4年以上5年未満	5万円	○		退会申請書 (様式第3号－2)	様式 31頁 記載例 23頁
医療費補助金の給付対象となつてからの期間	還付金																	
1年未満	45万円																	
1年以上2年未満	35万円																	
2年以上3年未満	25万円																	
3年以上4年未満	15万円																	
4年以上5年未満	5万円																	
退会 給付金	会員が、満80歳に達したとき。	30, 000円		○	自動給付													

(2)保健福祉事業の内容及び提出書類

事業名	内容	給付額等	提出書類			様式 記載例
			有	無	請求様式	
人間ドック 助成金	会員が1泊2日又は日帰りの人間ドックを受診したとき。 (脳ドック等を含む) ただし、同一年度併用は不可。	年度1回 15,000円 ただし、上記の金額に満たない場合にはその額となります。 (給付対象) 料金が2,000円以上の場合に、給付の対象となります。	○		保健福祉事業助成金 請求書 (様式第8号) 領収書(原本)を貼付する。	様式 29頁 記載例 19頁
いきいき 助成金	会員が、次の鑑賞・活動等を利用したときに、料金の一部を助成します。 (1) 演劇・音楽・舞踏・古典芸能等の各分野に属する公演を鑑賞したとき (2) スポーツ観戦をしたとき (3) 宿泊施設を利用したとき (4) ゴルフ場・スポーツジム等各種施設を利用したとき (5) テーマパーク等各種観光施設を利用したとき (6) その他、スキルアップの講座・講演・講習等に参加したとき	当該年度内 4回 ※次年度への繰り越し請求はできません。 (給付対象) 料金が1回あたり3,000円以上の場合に2,000円給付となります。	○		保健福祉事業助成金 請求書 (様式第8号) 領収書又は料金が記載されている鑑賞・観戦チケット(いずれも原本)を貼付する。	様式 29頁 記載例 19頁

(3)福利厚生事業

事業名	内 容	
会員サービス	会員証(会員サービス用)の提示により宿泊・飲食等の各種提携施設を利用した際に料金割引等の特典が受けられます。	
テーブル マナー教室	プロの講師のお話を伺いながら美味しいお料理を味わい、楽しくテーブルマナーを学びます。	費用の一部を助成
各種セミナー開催	専門家を講師に招き、会員の皆様のお役に立てるようなセミナーを開催します。	参加費無料
栃木県交響楽団定期 演奏会チケット配付	年2回(6月／2月)の定期演奏会チケットを希望者に配付します。	無料(人数限定)

(4)会報の発行

事業名	内 容
会報の発行	後期部会と会員相互を結ぶパイプ役として、情報交換・伝達の円滑化を図るため、会報を発行します。 (年度3回発行)

3 給付・助成事務の流れ

(1) 給付事業

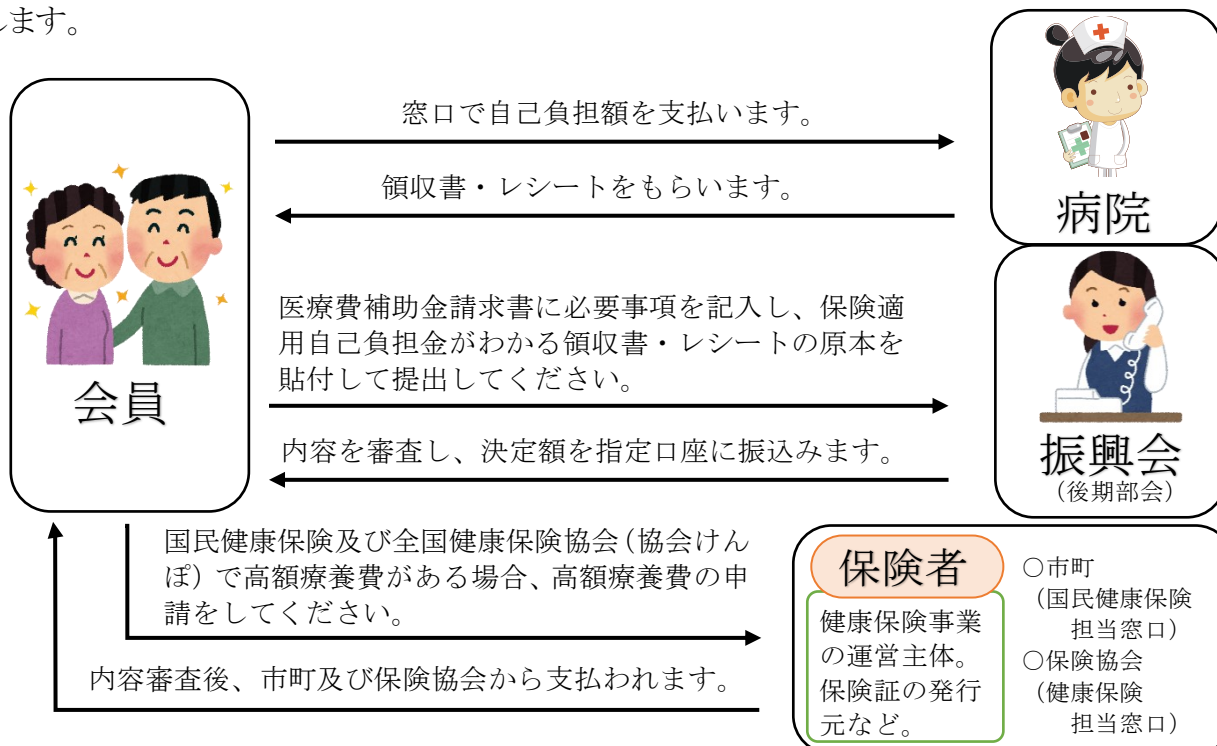
ア 医療費補助金

〈 55歳以上 **75歳の誕生日まで給付対象** 〉

会員が病気やけがなどにより保険医療機関で診療を受けたとき、同一月に同一医療機関（薬局を含む。）で支払った保険適用自己負担額が2,000円以上の場合、55歳以上75歳の誕生日までその額の5割を給付します。（100円未満切捨）年度内給付累計上限額の3万円^{※1}まで給付します。

なお、保険適用外の料金^{※2}は給付の対象となりません。

また、その診療費用に対し、他の法令による公的負担等がある場合又は加入保険や市町等からの公的給付がある場合^{※3}には、保険適用自己負担金からそれらの額を控除して給付します。



※1・給付累計額が3万円になった時点で当年度の給付は終了となりますが、3万円を超えた以降の領収書は、翌年度に繰り越し請求ができます。ただし、満75歳になられた場合は75歳の誕生日で請求権が喪失しますので、ご請求は満75歳になられた当該年度分までとなります。また、お亡くなりになられた場合は事由発生月で会員の資格がなくなります。そのため、次の年度分の請求はできなくなります。

詳しくは、11頁 4Q&A(2)医療費補助金Q5をご覧ください。

※2・インフルエンザ予防接種等は、保険適用外のため、給付の対象となりません。

・介護老人保健施設の利用料の場合、保険適用分については給付の対象となります。

※3・高額療養費とは、入院などで高額の医療費がかかった場合、同一月（1日から月末まで）にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた分が、あとで払い戻される制度です。

医療費が高額になることが事前にわかっている場合は、「限度額適用認定証」を提示する方法が便利です。その申請方法等については保険者にお問い合わせください。

・なお、会員が公立学校共済組合、私立学校共済組合及び市町村組合共済組合のいずれかの組合員である場合には自動給付されますので、申請の必要はありません。

※4・医師の指示により治療用装具（コルセット等）を購入した場合は、医療補助金請求書に医師の証明書、装具代金の領収書、加入保険や市町からの療養費決定通知書の写しを添付して請求してください。

イ 長寿祝金

会員が次の年齢に達したときに、長寿を祝い、長寿祝金を自動的に給付します。

- ・77歳(喜寿の祝)



電算処理により該当者を選び出し指定口座に振込みます。

※自動給付ですので請求の必要はありません。



ウ 健康祝金

〈 55歳から **75歳の誕生日まで給付対象** 〉

会員が55歳から75歳の誕生日までの期間中に引き続き3年間医療費補助金の給付を受けなかったときに、健康祝金を自動的に給付します。



電算処理により該当者を選び出し指定口座に振込みます。

※自動給付ですので請求の必要はありません。

※医療費補助金の給付対象期間中、上記要件を満たせば、何回でも給付が受けられます。



エ 介護補助金

〈 55歳から **80歳の誕生日まで給付対象** 〉

会員が在宅で3か月以上継続して介護を受けているときに、介護補助金を給付します。ただし、次のいずれかに該当している場合に限りです。

- ・体位の変換が不可能な場合
- ・床上起座が不可能な場合
- ・食事及び用便に介護を必要とする場合



介護補助金請求書に医師又は民生委員の証明を受け提出してください。

内容を審査し、請求者の指定口座に振込みます。

※ 給付は1回限りです。



オ 死亡弔慰金

〈 55歳から **80歳の誕生日まで給付対象** 〉

会員が死亡したときに、遺族の請求により死亡弔慰金を給付します。

- ・請求者の受取金融機関は必ず記入してください。
- ・長寿祝金を受けた者が長寿祝金の給付年齢前に死亡されているときは、長寿祝金との調整をさせていただきます。



遺族

退会申請書に死亡が確認できる書類と会員と請求者の続柄がわかる書類（戸籍謄本の原本又はコピー）を添付して提出してください。

内容を審査し、請求者の指定口座に振込みます。



振興会
(後期部会)

カ 退会還付金（特例会員を除く）

会員が医療費補助金の給付対象となったときから5年未満の期間内に死亡、外国に転出又は退会を希望したときに、退会還付金を給付します。

- ・還付額は期間に応じ、次のとおりです。
 - 最高額 450,000円(1年未満)
 - 最低額 50,000円(4年以上5年未満)
- ・死亡弔慰金の給付手続きを行うと、退会還付金が自動的に給付されます。



会員



遺族

退会申請書を提出してください。

内容を審査し、請求者の指定口座に振込みます。



振興会
(後期部会)

キ 退会給付金

会員が満80歳に達し会員資格を喪失したときに、退会給付金を自動的に給付します。



会員

電算処理により該当者を選び出し指定口座に振込みます。

※自動給付ですので請求の必要はありません。



振興会
(後期部会)

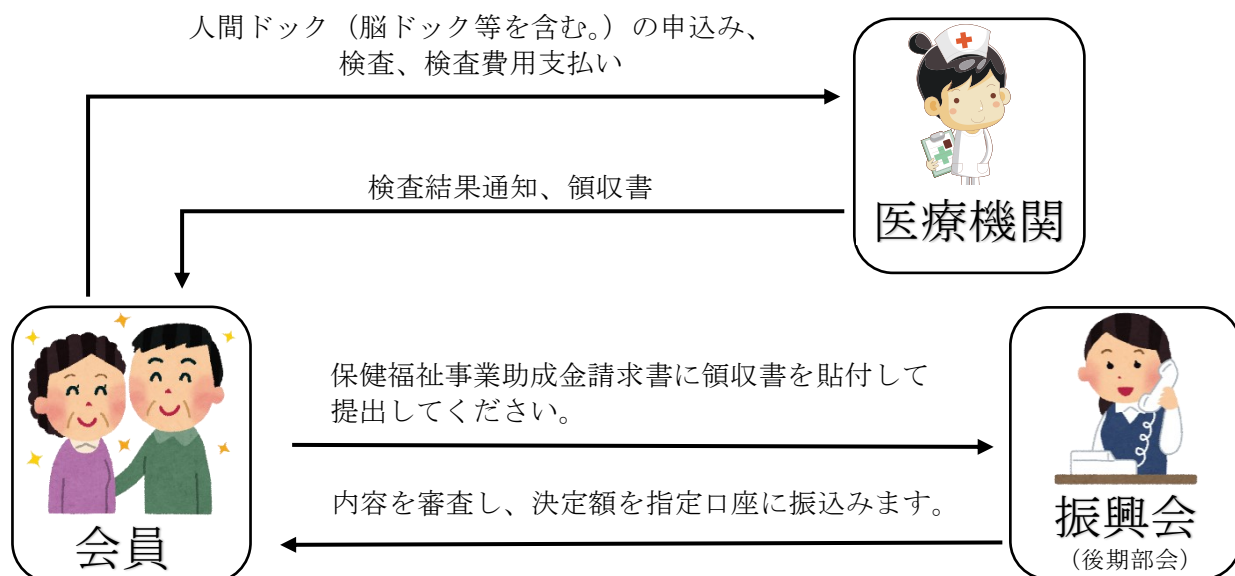
(2) 保健福祉事業

ア 人間ドック助成金

〈 55歳から **80歳の誕生日まで給付対象** 〉

会員本人が、生活習慣病等の早期発見のため、検査費用が2,000円以上の人間ドック（脳ドック・婦人科検診・保険適用外の健康診断・市町住民検診（集団）等を含む。）を利用したときに上限額の15,000円まで助成します。

- ・医療機関の指定はありません。
- ・ご都合の良いときに、ご自分が希望する医療機関で検査を受けてください。



※助成は年度1回限りです。年度内に健康診断/婦人科検診等をいくつか受診した場合は、1枚の請求書にそれぞれの領収書をまとめて貼付し、提出してください。

イ いきいき助成金

〈 55歳から **80歳の誕生日まで給付対象** 〉

会員が、次の鑑賞・活動等を利用したときに、当該年度内4回まで料金の一部を助成します。

- (1) 演劇・音楽・舞踏・古典芸能等の各分野に属する公演を鑑賞したとき
- (2) スポーツ観戦をしたとき
- (3) 宿泊施設を利用したとき
- (4) ゴルフ場・スポーツジム等各種施設を利用したとき
- (5) テーマパーク等各種観光施設を利用したとき
- (6) その他、スキルアップの講座・講演・講習等に参加したとき

※ 次年度への繰り越し請求はできません。

- ・料金が3,000円以上の場合、1回の請求につき2,000円助成します。
 - ・請求にあたっては、領収書もしくは料金が記載されている鑑賞・観戦・テーマパークのチケット(原本)を貼付してください。
 - ・宿泊施設利用については、連泊した場合にも4泊(4回)まで請求できますが、請求書は、1泊ごとにそれぞれ記載(4枚)してください。領収書はその内の1枚に貼付してください。
- また、お二人とも会員であるご夫婦が旅行をし、夫名の領収書しかない場合は、その領収書とお二人分の請求書を一緒にお送りください。
(配偶者の請求書に領収書のコピーを添付する必要はありません。)
ツアーに参加された場合は、旅行会社又は主催者名の領収書及び日程表(宿泊日数の分かる書類)を添付してください。
- なお、研修や講習会等を兼ねた旅行の場合は、領収書と研修代と宿泊代の内訳が分かるもの、日程表、宿泊先のパンフレット等を添付してください。



保健福祉事業助成金請求書に領収書もしくは料金が記載されている 鑑賞・観戦・テーマパークのチケット(原本)を貼付して提出してください。

内容を審査し、決定額を指定口座に振込みます。



4 Q&A

(1)全般

Q 1：給付金の支払日はいつですか？

A 1：年4回（6月・9月・12月・3月の下旬）となっております。概ね下記の通りです。
会報『後期部会だより』に次の振込日の詳細情報を掲載しています。

回数	振込み月	受 付 日
①	6月下旬	3／1 ～ 5／31 受付分
②	9月下旬	6／1 ～ 8／31 受付分
③	12月下旬	9／1 ～ 11／30 受付分
④	3月下旬	12／1 ～ 2／28 受付分

※うるう年は2/29 受付分

Q 2：給付金の支払い通知は届きますか？

A 2：令和6年度より、給付決定の通知を月ごとに行います。（給付のある方のみ。）
通知は『給付助成額報告書』として送付いたします。入金の確認は、登録口座の通帳記帳によりご確認ください。
なお、通帳の振込依頼人名は『フクシシンコウカイ』と印字されます。

Q 3：各種給付事業の請求期限はいつまでですか？

A 3：その給付事由が生じた日から2年間です。

(2)医療費補助金

Q 4：今月で75歳の誕生日をむかえますが、誕生日まで請求できますか？

A 4：医療費補助金の請求は、75歳の誕生月の末日診療分までご請求できます。
なお、医療費補助金以外の保健福祉事業（人間ドック・いきいき助成金）は、80歳の誕生月利用分まで給付対象となります。ぜひ、ご利用ください。

Q 5：平成25年度から年度内給付累計上限額が3万円になりました。
上限額をオーバーして請求しても大丈夫ですか？

A 5：大丈夫です。事務局で各会員の給付額累計を把握していますので、こちらで給付額を調整させていただきます。また、3万円を超えた分の請求書等はお戻しします。なお、3万円を超えたことによりお戻しした請求書及びその後保険医療機関で診療を受けた分の領収証も翌年度に繰り越し請求ができますので、翌年度の4月1日以降にご請求ください。（請求期限:2年以内）
ただし、満75歳になられた場合は75歳の誕生月で請求権が喪失しますので、ご請求は満75歳になられた当該年度分までとなります。また、お亡くなりになられた場合は事由発生月で会員の資格がなくなります。そのため、次の年度分の請求はできなくなります。

(3)長寿祝金

Q 6：来月77歳の誕生日をむかえますが、『長寿祝金』の請求手続きは何か必要ですか？

A 6：自動給付のため手続きは必要ありません。祝金は77歳に達した月の翌月の月末にお支払いいたします。また、『健康祝金』『退会給付金』も自動給付のため書類等の提出はございません。

(4)人間ドック助成金

Q 7 : 人間ドックの領収書を他にも使用したいのですが、返してもらえますか？

A 7 : お返しいたします。請求用紙に“ 領収書返送希望 ”と記載し、返信用の封筒を同封してください。

Q 8 : 令和 6 年 4 月と令和 7 年 3 月に人間ドックを受けました。どちらも請求できますか？

A 8 : 給付は年度 1 回限りで、検診月が同年度になりますので、どちらか一方の請求となります。

Q 9 : 婦人科検診を令和 6 年 6 月に A 病院(650 円)で受け、市町の検診を令和 7 年 1 月に B 病院(2,500 円)で受けました。どちらも請求できますか？

A 9 : 両方請求できますが、請求方法にご注意ください。2 枚の領収書を 1 枚の請求書にまとめて貼付してご請求ください。別々に請求されますと、1 回目だけの請求が有効となります。

上記の場合、婦人科検診 A 病院(650 円)は 2,000 円未満なので対象外となってしまいます。

(5)いきいき助成金

Q 1 0 : 夫婦とも会員で、1 週間の海外旅行をしました。どのように請求すればいいですか？

A 1 0 : 1 泊が 3,000 円以上であれば、1 泊 1 回分としてまとめて 4 回分の請求ができます。各会員の請求書 4 枚ずつに領収書 1 枚(原本)を貼付してご提出ください。

Q 1 1 : スポーツクラブに年会費を口座引き落としで支払っています。どのように請求すればいいですか？

A 1 1 : 年会費を毎月の会費に換算して、1 か月の会費が 3, 0 0 0 円以上であれば、4 回分まで該当になります。受付で領収書を発行してもらい、請求回数分の請求書(4 枚)と領収書 1 枚(原本)を貼付してご提出ください。

Q 1 2 : 孫とサーカスを見に行ってきました。請求できますか？

A 1 2 : 会員ご本人のチケット料金が 1 回当たり 3, 0 0 0 円以上であれば対象となります。

Q 1 3 : 日帰りスキーを楽しんできました。リフト券で請求できますか？

A 1 3 : 会員ご本人のリフト券の料金が 1 回当たり 3, 0 0 0 円以上であれば対象となります。

Q 1 4 : 月に 2 回マッサージに通っています。請求できますか？

A 1 4 : マッサージ・鍼灸・あんま・カイロプラクティック・整体・エステ・アロマセラピーなどは対象となりません。ただし、治療行為として健康保険証の対象となる場合は、医療費補助金の分類としてご請求いただけます。

★ この他、ご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

5 提出書類(請求書等)の記載例

(1) 医療費補助金請求書

様式第6号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

○医療機関・診療月が同一のものは、一枚の請求書にまとめて請求してください。
○市町住民(集団)検診等と一般診療を併せて行った場合は、領収書を別にもらい、
検診等の分は保健福祉事業助成金請求書(人間ドック助成)で別途ご請求ください。

会 員 記 入 欄	給付 コード	会 員 氏 名 会 員 番 号								性 別	生 年 月 日 元 年 月 日								診 療 年 月 年 月		※ 給 付 決 定 額							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
	5	0	栃 木 太 郎								M																	
			右 詰 め								W																	
			0 1 2 3 4 5 6									3 7 0 7 2 8								0 6 0 5								
	加 入 保 険										29	※高額医療								30	※							
	28 該当する保険の番号、本人・被扶養者の別を○で囲んでください。										1. 該 当 2. 非該当								2									
	1. 公立学校共済組合 2. 国民健康保険 3. 私立学校教職員共済組合 4. 市町村職員共済組合 5. 全国健康保険協会(協会けんぽ) 6. その他[名称:]										※ 該 当 年 月								年 月 31 32 33 34									
	本人・被扶養者の別										本人								被扶養者									
	保険医療機関名 (院外処方の場合) 保険調剤薬局名										〇 〇 医 院 (△ △ 薬 局)																	

※印の欄は記入しないでください

○医療機関・院外薬局への支払が2千円以上の場合に給付対象となります。
○各年度内給付累計上限額は3万円です。

上記のとおり請求します。
令和 6 年 7 月 10 日

一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様
請求者 住 所 宇都宮市駒生町1359-37
氏 名 栃 木 太 郎
電 話 028-680-6363

栃 印

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

領収書・レシートは、病院(入院・外来)と薬局に区別して、下の枠内に貼付してください。

領収書等貼付欄 (返送希望 有・無)

領収書を返送希望の場合は、のりづけしないで、
切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

(切手の料金不足を生じているケースが多ありますので、投函前に十分御確認をお願いします。)

領収書の内訳(保険適用自己負担額・薬剤一部負担額)が記載されていないものは、その内訳を付記してください。
なお、受診者名のないレシート等の場合には紛失防止のため受診者名を記入してください。

〇 〇 医 院	△ △ 薬 局
栃木太郎	栃木太郎
06・05・15	06・05・15
1 *2520	部門2 保険分 *2130
うち保険外200円	部門3 保険外 *430
計 *2520	計 *2560

受診者名を記入してください。

内訳を記入してください。

入院・外来・薬局を区別して貼付してください。

※ 上記受診者名のないレシート等に名前を記載した場合には、下記欄について記載してください。

本書貼付の領収書は私の診療に係るものであることを申し立てます。 令和 6 年 7 月 10 日(氏名) 栃 木 太 郎

- この請求書は、医療機関別、月別に作成してください。
- 性別(M:男性、W:女性)、返送希望の有無は該当する方を○で囲んでください。
- 院外処方の場合、薬局分の領収書は、処方箋を発行した病院の分と同一の請求書と一緒に請求してください。
- ※の欄は、記入しないでください。

(注意事項)

医療費補助金請求書は、医療機関（薬局を含む）ごと、受診した月ごとに（ひと月分をまとめて）作成してください。

令和 6 年 3 月 31 日までに後期会員となられた方

氏名・会員番号をご記入ください。会員番号が「7桁」となりますので会員番号6桁の方は、右詰で先頭7桁目「0」をご記入ください。（記載例のとおり）

令和 6 年 4 月 1 日より後期会員となられた方

前期会員であった時の会員番号（職員番号）6桁を引き継ぎますが、上記同様、右詰で先頭7桁目に「0」をご記入いただきます。（記載例のとおり）

教職員ではない配偶者の方で、令和 6 年 4 月より会員となられた方は、当振興会で7桁の会員番号を附番するため、そのままご記入いただきます。

性別は、男性は「M」、女性は「W」を○で囲んでください。

生年月日を和暦で記入してください。

診療を受けた年月を和暦で記入してください。

保険適用自己負担金（薬局を含む）の5割の金額を記入してください。

診療に使用した健康保険の番号（1～6）を○で囲んでください。
「6. その他」の場合は保険名称を記入してください。

「本人・被扶養者」の該当する方を○で囲んでください。

請求年月日、請求者（会員）の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。

診療を受けた医療機関名を記入し、院外処方の場合は調剤薬局名も記入してください。

領収書の返送を希望される場合は「有」、希望されない場合は「無」を○で囲んでください。

《領収書・レシートの貼付方法》

- ① 原本を貼付してください。
- ② 入院・外来・薬局に区別して、領収書等貼付欄内にのりづけしてください。
ただし、領収書を返送希望の場合は、のりづけしないで、返信に必要な額の切手を貼付した返信用封筒を同封してください。（審査終了後、返送します。）
- ③ 領収額の内訳（保険適用自己負担額・保険外金額）が記載されていないものはその内訳を付記してください。
- ④ 受診者名のないレシート等の場合には、紛失防止のため受診者名を記入してください。
- ⑤ 用紙からはみ出る場合は、内側に折り曲げてください。

受診者名のないレシートの場合には、奥書証明をしてください。

奥書証明した年月日、会員氏名を記入し、押印してください。

※奥書証明がない場合、医療費補助金の支払いはできませんので御注意ください。

領収書について

平成18年10月より各医療機関が発行する領収書には、医療費の内容がわかる項目を記載することが義務づけられましたが、一部医療機関ではレシート及び市販の領収書を発行している場合があります。

医療費補助金の請求に際しては、必ず領収書を添付していただきますが、領収書の種類に応じ次の点に留意してください。

(1) 受診者名・保険適用、保険適用外が記載されている領収書は、そのまま貼付できます。

医療費請求書兼領収書			宇都宮市駒生町1-2-3		
氏名 栃木 太郎			A 病院		
(生年月日 S38.7.28)			TEL 028-456-7890		
診療科 内科			診療日 令和6年12月7日		
			保険区分 国保一般		
領 収 6. 12. 7 マ 病 院					
保険分	初・再診療	医学管理等	在宅医療	検査料	画像診断料
	710円	2,250円			3,500円
	投薬料	注射料	リハビリテーション料	精神科専門療法	処置料
	1,350円				1,160円
	手術料	麻酔料	放射線治療料	歯冠修復及び欠損綴	その他
	合計	負担率	患者負担	一部負担	保険外合計
8,970円	30%	2,690円			
保険外・私費分	検診料	人間ドック負担金	予防注射料	文書料	容器代・診察券
			3,000円		200円
	その他	処置・手術料	検査・画像診断	投薬料	医療材料
	消費税対象外私費	生活材料	保険外・私費合計	(内消費税)	
		3,200円	()		
合計	委託負担	減免額	前納金	修正差額	今回請求額
					5,890円
				請求合計額	
				5,890円	

保険適用外のため給付の対象外となります。

(2)レシートの場合で、受診者名や領収内訳または保険適用外の有無の記載がないものは付記してください。

受診者名がない場合は、記入してください。

領 収 書 〇 〇 内 科 栃 木 太 郎 2 0 2 4 . 8 . 1 0 * 3 , 8 5 0 * 3 , 8 5 0 現 保険外診療なし	〇〇歯科医院 栃 木 太 郎 2 0 2 4 . 8 . 1 0 03 保険分★2,300 04 保険外★640 ★2,940 小 ★2,940 計	△ △ 薬 局 栃 木 太 郎 2024/8/10 シヤホソニン *1,680 ハブラシ *1,280 合計 *2,960
---	--	--

領収内訳が記載されていない場合は
付記してください。

保険適用外のため給付の対象外です。

※領収書(レシート)の内訳については、事務局でも医療機関及び薬局に問い合わせ
しますが、ご自分の請求額を知る上でも内訳の確認をお願いいたします。

(3)市販の領収書の場合は、但書に保険診療適用分の金額を記入してもらってください。

領 収 書
6 年 5 月 2 0 日
<u>栃木 太郎 様</u>
<u>★ 4 , 5 6 0 . —</u>
但 令和 6 年 5 月 2 0 日診療分として上記正に領収いたしました。 (うち保険診療分 3 , 8 5 0 円)
宇都宮市駒生町 1 - 2 - 3 〇 〇 病 院 0 2 8 - 4 5 6 - 7 8 9 0

※保険診療分金額の記載があれば、1 か月分の医療費をまとめた領収書でも
結構です。

介 護 補 助 金 請 求 書

様式第 7 号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

会 員 記 入 欄	給 付 コード		会 員 氏 名 会 員 番 号							性 別	生 年 月 日								在 宅 療 養 年 月				給 付 決 定 額						
	元	年	月	日	年	月																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
6	2	駒 生 興 子							M ・ S	S	2	0	0	2	2	8	0	6	1	0									
		0	1	2	3	右	詰	め																					
						4	5	6	S																				

医 師 等 の 証 明 欄	在 宅 療 養 期 間	令和 6 年 5 月 13 日 から 令和 6 年 9 月 27 日 まで	症 状	1. 体位の変換が不可能 2. 起床起座が不可能 3. 食事・用便に介護が必要
	駒 生 興 子 様は、上記のとおり在宅療養していたことを証明いたします。			
会 員 記 入 欄	令和 6 年 10 月 15 日		住 所	宇都宮市中央1-2-3
	証 明 者 医師・民生委員		氏 名	栃木 一郎
会 員 記 入 欄	上記のとおり請求します。			
	令和 6 年 10 月 15 日 一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様 住 所 宇都宮市駒生1234 請求者 氏 名 駒生 興子 電 話 028-680-6301			

医師等の証明欄 記入上の注意事項

1. 「在宅療養年月」は在宅療養期間欄の最終月を記入してください。

2. 「症状」は、該当する番号を○で囲んでください。

3. 証明者(医師・民生委員)は該当するほうを○で囲んでください。

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

(注意事項)

会員が在宅で3か月以上継続して介護を受け、症状が条件に該当しているときは、こちらの申請書に必要事項を記入・押印のうえ提出してください。
その際、証明欄に医師又は民生委員の方の証明が必要となります。

※給付は会員期間を通じて1回限りです。

—— 氏名・会員番号(会員証書に記載)を記入してください。

—— 性別は、男性は「M」、女性は「W」を○で囲んでください。

—— 症状の該当する項目を○で囲んでください。

—— 医師又は民生委員の方から証明をいただいでください。

—— 証明者(医師・民生委員)いずれか○で囲んでください。

令和6年3月31日までに後期会員となられた方

氏名・会員番号をご記入ください。会員番号が「7桁」となりますので、会員番号6桁の方は、右詰で先頭7桁目「0」をご記入ください。(記載例のとおり)

令和6年4月1日より後期会員となられた方

前期会員であった時の会員番号(職員番号)6桁を引き継ぎますが、上記同様、右詰で先頭7桁目に「0」をご記入いただきます。(記載例のとおり)
教職員ではない配偶者の方で、令和6年4月より会員となられた方は、当振興会で7桁の会員番号を附番するため、そのままご記入いただきます。

保健福祉事業助成金請求書

第8号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

給付 コード	会 員 氏 名								性 別	生 年 月 日							利用等年月		※ 給 付 決 定 額							
	会 員 番 号									元	年	月	日	年	月											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
		栃 木 花 子								M																
		0	1	2	3	4	5	6	W	S	3	8	0	2	2	0	0	6	0	5						
助 成 金 請 求 事 業											利 用 等 を し た 日															
51	人間ドック助成 1泊2日								令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																	
52	人間ドック助成 (脳ドック・検診等も含む) 日帰り								令和 6 年 5 月 17 日																	
53	いきいき助成金								鑑賞等	令和 年 月 日																
									宿 泊	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																
請 求 金 額											15,000 円															
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。 令和 6 年 7 月 10 日 一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様 住 所 宇都宮市駒生町1359-37 請求者 氏 名 栃 木 花 子 電 話 028-680-6363																										

記入上の注意事項

- 各請求事業ごとに1請求
- 『性別』は、該当する方
- 『助成金請求事業』は、
- 助成金請求に際しては、
- 人間ドック助成は、検査
- 市町住民(集団)検診等も
- 「いきいき助成金」は、
年度内4回まで給付を受
- ※の欄は、記入しないでください。

令和 6 年 3 月 31 日までに後期会員となられた方

氏名・会員番号をご記入ください。会員番号が「7桁」となりますので会員番号6桁の方は、右詰で先頭7桁目「0」をご記入ください。(記載例のとおり)

令和 6 年 4 月 1 日より後期会員となられた方

前期会員であった時の会員番号(職員番号)6桁を引き継ぎますが、上記同様、右詰で先頭7桁目に「0」をご記入いただきます。(記載例のとおり)

教職員ではない配偶者の方で、令和 6 年 4 月より会員となられた方は、当振興会で7桁の会員番号を附番するため、そのままご記入いただきます。

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

(注意事項)

- 1 各助成金請求事業ごとに請求書を提出してください。
- 2 会員番号は、会員証書に記載の番号を記入してください。
- 3 『性別』は、該当する方を○で囲んでください。
- 4 『助成金請求事業』は、該当する給付コードを○で囲んでください。
- 5 『利用等をした日』欄は実際に受検、鑑賞、観戦、宿泊利用した年月日を記入してください。
- 6 ※の欄は、記入しないでください。

氏名・会員番号(会員証書に記載)を記入してください。

性別は、男性は「M」、女性は「W」を○で囲んでください。

該当する給付コードの番号を○で囲んでください。

請求年月日、請求者(会員)の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。

《領収書・鑑賞・観戦チケットについて》

〈人間ドック〉

- ・領収書(原本)を貼付してください。
- ・保険適用外の診療か確認してください。
(領収書の一部負担金の欄に金額が記載されている場合は、保険適用のため、医療費補助金請求書による請求となります。)
- ・最低金額が2,000円以上になっているか確認してください。
- ・年度1回の請求のため、上限額の15,000円を超えていない場合は、同じ年度内で検診した領収書がないか確認いただき、あった場合には一枚の請求書に複数枚の領収書を貼付して提出してください。
- ・生命保険等で領収書を利用する場合は、用紙に“領収書返送希望”と記載し、返信に必要な額の切手を貼付した返信用封筒を同封してください。
(医療費補助金請求書を同時に送付して、領収書を返送希望としている場合は、“医療費に封筒添付”と記載してください。)
- ・市町住民(集団)検診等も人間ドックの対象となります。

〈芸術鑑賞・スポーツ観戦等〉

- ・領収書又はチケット(原本)を貼付してください。
- ・領収書に金額が記載されているか確認してください。
(記載されていない場合は、パンフレット等で金額が掲載されているものを添付してください。)
- ・利用金額が3,000円以上になっているか確認してください。

〈宿泊施設利用〉

- ・領収書(原本)を貼付してください。
- ・領収書に名前又は利用人数が記載されているか確認してください。
- ・宿泊金額が1泊につき3,000円以上になっているか確認してください。
- ・御夫婦2人とも会員で旅行をした場合、夫名の領収書しかお持ちでない場合は、領収書(原本)とお二人分の請求書を一緒に送付してください。
- ・ツアー等で、宿泊施設の領収書が発行されない場合は、ツアー企画会社に支払われた領収書(原本)と日程表(コピー可)を添付してください。
- ・団体旅行等で領収書(原本)を提出できない場合には、代表者が発行した領収書(原本)若しくは、領収書のコピーに、代表者が会員氏名と参加事実を明記し、代表者の氏名・捺印がされているものを貼付してください。

(4)

異 動 届 書

(改氏名・住所変更・金融機関変更)

様式第9号

栃木県教育福祉振興会 後期部会											
資 料 番 号	会 員 種 別	会 員 番 号 (右 詰 め 記 入)									
1 0 3	3 後 期 会 員 登 録 者	4								10	
	1	2	0	1	2	3	4	5	6		

SEQ	01	変 更 事 由	1. 改氏名 ・ 2. 住所変更 (転居等) ・ 3. 金融機関等の変更 (口座番号変更含む)																				
	02	新 氏 名	フリガナ	1 20																			
				(氏) (名) 10																			
漢	03		漢 字	1																			
	05	新 住 所	1							フリガナ	8	ウツノミヤシコマニュウマチ											
			3	2	0					0	0	6	5	1	漢 字	宇都宮市駒生町1359-37							
漢	06		郵便番号																				
	05		上段住所の	フリガナ										67									
漢	06		つ づ き	漢 字										30									
	07	電 話 番 号	1 028 (680) 6363																				
		給 付 金 等 の	フリガナ	フリガナ																			
			金融機関名	本支店名										本・支店									
	08	新 受 領 機 関	金融機関	1						店舗コード	5					普通預金	8						
			コード													口座番号							

上記のとおり異動がありましたので申告します。

一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様

令和 6 年 7 月 7 日

住 所 宇都宮市駒生 1 - 1 - 6

申 告 者 氏 名 栃木 太郎

電 話 028-680-6301

振 興 会 受 付 印

印 栃木

【個人情報の取扱い】 お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

(注意事項)

この異動届書は、氏名・住所又は金融機関を変更したときに、必ず速やかに提出してください。

その場合、変更になった箇所と申告者欄を記入し押印したうえで提出願います。

—— 会員証書に記載されている会員番号を記入してください。

—— 後期会員1を○で囲んでください。

—— 変更事由の該当する番号を○で囲んでください。

—— 変更後の内容を記入してください。

—— 住所を変更した場合、電話番号が変わらなくても記入してください。

令和6年3月31日までに後期会員となられた方

氏名・会員番号をご記入ください。会員番号が「7桁」となりますので、会員番号6桁の方は、右詰で先頭7桁目「0」をご記入ください。(記載例のとおり)

令和6年4月1日より後期会員となられた方

前期会員であった時の会員番号(職員番号)6桁を引き継ぎますが、上記同様、右詰で先頭7桁目に「0」をご記入いただきます。(記載例のとおり)

教職員ではない配偶者の方で、令和6年4月より会員となられた方は、当振興会で7桁の会員番号を附番するため、そのままご記入いただきます。

(5)

退 会 申 請 書

様式第3号-2

(後 期 会 員 用)

栃木県教育福祉振興会 後期部会

資料 番号	会 員 番 号 (右詰め記入)						
1 05	2 0	3 1	4 2	5 3	6 4	7 5	8 6

SEQ	01	会 員	フリガナ	1 コマニユウ . フクシ 20										性別	生 年 月 日				
		氏 名	漢 字	1 (氏) (名) 10										元号	年	月	日		
漢	02			1 駒 生 . 福 志 21 M 22 S 23 2 1 0 2 2 8															
	03	退 会 理 由	1 退 会 事 由 1. 本人死亡 2. 異動 (国外へ移住) 3. 退会希望										退会の 具体的 理 由						
													元 号	年	月	日			
													2 R	3 0	4 6	5 1	6 0	7 2	8 5
	04	給付金等 の 金融機関	フリガナ	アシカガギンコウ										フリガナ	ケンチョウナイ				
			金融機関名	足 利 銀 行										本支店名	県庁内 本・支店				
			金融機関 コード	1 0	2 1	3 2	4 9	店舗コード	5 1	6 0	7 2	普通預金 口座番号	8 0	9 8	10 7	11 6	12 5	13 4	14 3
			フリガナ	15 コマニユウ . キョウコ 34															
			口座名義人氏名	(氏) 駒 生 (名) 興 子															
	06	退会後の 連絡先	フリガナ	6 ウツノミヤシコマニユウ															
漢	07		郵便番号	1 3	2 2	3 0	4 -	5 0	6 0	7 6	8 6	漢 字	1 宇都宮市駒生1234						
	06		上段住所のつづき	フリガナ 65															
漢	07			漢 字 30															
	08		フリガナ	1 コマニユウ . キョウコ 20										電 話 番 号					
漢	09		氏 名	1 (氏) 駒 生 (名) 興 子 10										21 028 (680) 6301					

上記のとおり申請いたします。

一般財団法人 栃木県教育福祉振興会 理事長 様

令和 6 年 12 月 10 日

住 所 宇都宮市駒生1234

請 求 者 氏 名 駒 生 興 子

電 話 028-680-6301

会員との続柄 妻

振 興 会 受 付 印

【個人情報の取扱い】 お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

(注意事項)

- 1 会員が退会を希望されるときは、こちらの申請書に必要事項を記入・押印のうえ提出してください。

医療費補助金の給付対象となつてからの期間が5年未満の場合に限り退会還付金を受けることができます。

- 2 会員の死亡等により後期会員の資格を喪失したときは、遺族の方により提出をお願いします。死亡弔慰金及び退会還付金(上記条件の場合に限り)が受けられます。

なお、死亡が確認できる書類と請求者の続柄がわかる書類(戸籍謄本の原本またはコピー)を添付して提出してください。

会員証書に記載されている会員番号を記入してください。

性別は、男性は「M」、女性は「W」を○で囲んでください。

退会事由の該当する番号を○で囲んでください。

給付金等の振込先である金融機関名・本支店名・口座番号(右詰め)を正確に記入してください。

なお、本人死亡の場合は、「04 給付金等の金融機関」の欄以下の事項は、遺族の方の口座・氏名・住所を記入してください。

令和6年3月31日までに後期会員となられた方

氏名・会員番号をご記入ください。会員番号が「7桁」となりますので会員番号6桁の方は、右詰で先頭7桁目「0」をご記入ください。(記載例のとおり)

令和6年4月1日より後期会員となられた方

前期会員であった時の会員番号(職員番号)6桁を引き継ぎますが、上記同様、右詰で先頭7桁目に「0」をご記入いただきます。(記載例のとおり)

教職員ではない配偶者の方で、令和6年4月より会員となられた方は、当振興会で7桁の会員番号を附番するため、そのままご記入いただきます。

6 その他届出が必要な場合

下記の事項が変わった場合は、速やかに異動届書(様式第9号)30頁を提出してください。(記載例21頁参照)

・ 氏名 ・ 住所 ・ 電話番号 ・ 受取金融機関 ・ 口座番号

7 請求書等送付先・お問合せ先

請求書等は下記へお送りください。

〈 送 付 〉

〒320-0065

栃木県宇都宮市駒生町1359番地37

栃木県学校生協会館内

一般財団法人 栃木県教育福祉振興会 後期部会

〈 お問合せ 〉

電 話 028-680-6363 ※後期部会専用

FAX 028-680-6303

(お問合せ時間: 8時30分~12時 ・ 13時~17時)

8 各種給付の支払

(1) 支払時期

各種給付金は、次のとおり指定口座へ振り込みます。

給付金の振込みは年4回です。

(医療費補助金・人間ドック助成金・いきいき助成金のみ)

請求をされた各会員への給付金口座振込みは、年4回(6月・9月・12月・3月)です。なお、請求書の受付日と給付金振込み月は、概ね下記のようになっております。

回数	振込み月	受 付 日
①	6月下旬	3/1 ~ 5/31 受付分
②	9月下旬	6/1 ~ 8/31 受付分
③	12月下旬	9/1 ~ 11/30 受付分
④	3月下旬	12/1 ~ 2/28 受付分

(2) 振込手数料 ※振込手数料は税込みの金額となっております。

給付については、振込1回ごとに振込手数料がかかります。振込額は給付される額から、振込手数料を控除した額となります。(ただし、死亡弔慰金は振込手数料を控除しません。)

銀行口座別の振込手数料		
※足利銀行「県庁内支店」を指定の場合は無料		
銀行口座	足利銀行・常陽銀行	他の金融機関
振込手数料	275円	495円

※令和6年4月1日時点

9 様式集

(1) 医療費補助金請求書(様式第6号)

(2) 介護補助金請求書(様式第7号)

(3) 保健福祉事業助成金請求書(様式第8号)

(4) 異動届書(様式第9号)

(5) 退会申請書(様式第3号-2)

○請求書等の用紙がなくなりましたら、これら請求書等をコピーしてお使いください。
あるいは、ホームページの様式集から用紙をダウンロードしてお使いください。

○各種事業に関する請求手続きや申込方法などで不明な点がありましたら、お気軽に
振興会事務局(後期部会)までお問い合わせください。

振興会のホームページもご覧ください。

HP <https://tochi-shinko.wixsite.com/shinko-top>

各事業の制度内容の案内や請求書様式のダウンロードなど、
後期部会で行われている様々な情報をお届けします。

上記アドレスを入力するか、「栃木県教育福祉振興会」で
検索してください。



医療費補助金請求書

様式第6号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

○医療機関・診療月が同一のものは、一枚の請求書にまとめて請求してください。
○市町住民(集団)検診等と一般診療を併せて行った場合は、領収書を別にしてもらい、
検診等の分は保健福祉事業助成金請求書(人間ドック助成)で別途ご請求ください。

給付 コード	会 員 氏 名								性 別	生 年 月 日							診 療 年 月		※ 給 付 決 定 額										
	会 員 番 号									元	年	月	日	年	月														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27			
5	0									M ・ W	S																		
		右 詰 め																											
加 入 保 険											29	※高額医療					30	※					医療費補助金請求金額						
28 該当する保険の番号、本人・被扶養者の別を ○ で囲んでください。											1. 該 当 2. 非該当					2					55 歳以上 75 歳(誕生月)までは保険適用 分の 5 割給付です。(100 円未満切捨)								
1. 公立学校共済組合 2. 国民健康保険 3. 私立学校教職員共済組合 4. 市町村職員共済組合 5. 全国健康保険協会(協会けんぽ) 6. その他[名称:]											※ 該 当 年 月					年		月		※印の欄は記入しないでください ○医療機関・院外薬局への支払が2千円 以上の場合に給付対象となります。 ○各年度内給付累計上限額は3万円です。									
																31	32	33	34										
本人・被扶養者の別											本 人 ・ 被扶養者																		
保険医療機関名 (院外処方の場合)											()																		
請求者											住所 氏 名 電 話																		
印																													

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

領収書・レシートは、病院(入院・外来)と薬局に区別して、下の枠内に貼付してください。

領収書等貼付欄 (返送希望 有 ・ 無)

領収書を返送希望の場合は、のりづけしないで、
切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

(切手の料金不足を生じているケースが多くありますので、投函前に十分御確認をお願いします。)

領収書の内訳(保険適用自己負担額・薬剤一部負担額)が記載されていないものは、その内訳を付記してください。
なお、受診者名のないレシート等の場合には紛失防止のため受診者名を記入してください。

○ ○ 医 院	△ △ 薬 局
栃木太郎	栃木太郎
06・05・15	06・05・15
1 *2520	部門2 保険分 *2130
うち保険外200円	部門3 保険外 *430
計 *2520	計 *2560

受診者名を記入してください。

内訳を記入してください。

入院・外来・薬局を区別して貼付してください。

※ 上記受診者名のないレシート等に名前を記載した場合には、下記欄について記載してください。

本書貼付の領収書は私の診療に係るものであることを申し立てます。 令和 年 月 日(氏名)

印

- この請求書は、医療機関別、月別に作成してください。
- 性別(M:男性、W:女性)、返送希望の有無は該当する方を○で囲んでください。
- 院外処方の場合、薬局分の領収書は、処方箋を発行した病院の分と同一の請求書と一緒に請求してください。
- ※の欄は、記入しないでください。

介護補助金請求書

様式第7号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

会員記入欄	給付コード		会員氏名 会員番号							性別	生年月日							在宅療養年月				給付決定額						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		元	年	月	日	年	月	22	23	24	25	26	27						
	6	2								M ・ S	S																	
医師等 の 証 明 欄	在宅療養期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							症 状							1. 体位の変換が不可能 2. 起床起座が不可能 3. 食事・用便に介護が必要											
	_____様は、上記のとおり在宅療養していたことを証明いたします。																											
	令和 年 月 日										住 所 氏 名 印																	
会員記入欄	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様 住 所 請求者 氏 名 電 話 印																											
医師等の証明欄 記入上の注意事項 1. 「在宅療養年月」は在宅療養期間欄の最終月を記入してください。 2. 「症状」は、該当する番号を○で囲んでください。 3. 証明者(医師・民生委員)は該当するほうを○で囲んでください。																												

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

保健福祉事業助成金請求書

様式第 8 号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

給付 コード	会 員 氏 名								性 別	生 年 月 日							利用等年月				※ 給 付 決 定 額					
	会 員 番 号									元	年	月	日	年	月											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
									M ・ W	S																
	右 詰 め																									
助 成 金 請 求 事 業										利 用 等 を し た 日																
51	人間ドック助成 1泊2日								令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																	
52	人間ドック助成 (脳ドック・検診等も含む) 日帰り								令和 年 月 日																	
53	いきいき助成金								鑑賞等	令和 年 月 日																
									宿泊	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																
請 求 金 額										円																
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。 令和 年 月 日 一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様 住 所 請求者 氏 名 印 電 話																										
記入上の注意事項 - 各請求事業ごとに1請求件数1枚で提出してください。 『性別』は、該当する方を○で囲んでください。 『助成金請求事業』は、該当する給付コードを○で囲んでください。 - 助成金請求に際しては、必ず領収書もしくは鑑賞・観戦・テーマパークのチケットを貼付してください。 - 人間ドック助成は、検査費用が2,000円以上の場合に上限額の15,000円まで給付します。 - 市町住民(集団)検診等も「人間ドック(日帰り)」の欄に記入してください。 「いきいき助成金」は、1回の料金が3,000円以上の場合に2,000円給付します。 年度内4回まで給付を受けられます。 ※の欄は、記入しないでください。																										

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

異 動 届 書

(改氏名・住所変更・金融機関変更)

様式第9号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

資 料 番 号	会 員 種 別	会 員 番 号 (右 詰 め 記 入)
1 03	3 後 期 移 行 者 会 員 登 録 者 1 . 2	4 5 6 7 8 9 10

SEQ	01	変 更 事 由	1. 改氏名 2. 住所変更（転居等） 3. 金融機関等の変更（口座番号変更含む）																						
	02	新 氏 名	フリガナ	1 20																					
			漢 字	1 (氏) (名) 10																					
漢	03																								
	05	新 住 所	1	2	3	4	5	6	7	8	フリガナ	8													
											1														
漢	06		郵便番号					漢 字																	
	05		上段住所の					フリガナ	67																
漢	06		つ づ き					漢 字	30																
	07	電 話 番 号	1 ()																						
		給 付 金 等 の	フリガナ					フリガナ																	
			金融機関名					本支店名	本・支店																
08		新 受 領 機 関	金融機関コード	1	2	3	4	店舗コード	5	6	7	普通預金口座番号	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

上記のとおり異動がありましたので申告します。																									
一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様																									
令和 年 月 日																									
住 所																									
申 告 者 氏 名																									
電 話																									
振 興 会 受 付 印																									

【個人情報の取扱い】 お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

退 会 申 請 書

様式第3号-2

(後 期 会 員 用)

栃木県教育福祉振興会 後期部会

資料
番号

会 員 番 号 (右詰め記入)

1

05

2

3

4

5

6

7

8

SEQ

01

会 員

フリガナ

1

(氏)

1

(名)

10

20

性別

生 年 月 日

元号

年

月

日

漢

02

氏 名

漢 字

1

21

M

22

S

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

退 会
理 由

退 会 事 由

1

1. 本人死亡

2. 異動 (国外へ移住)

3. 退会希望

退会の
具体的
理 由

退会事由の発生日月日

2

元 号

年

月

日

R

3

4

5

6

7

8

9

10

給 付 金 等
の
金 融 機 関

フリガナ

1

金融機関名

2

フリガナ

3

本支店名

4

本・支店

金融機関

1

金融機関

2

コード

3

店舗コード

4

普通預金

5

口座番号

6

7

8

9

10

11

12

フリガナ

15

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

口座名義人氏名

(氏)

(名)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

退 会 後 の
連 絡 先

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

郵便番号

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

上段住所のつづき

フリガナ

1

20

電話番号

21

()

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

上記のとおり申請いたします。

一般財団法人 栃木県教育福祉振興会 理事長 様

令和 年 月 日

住 所

請 求 者 氏 名

印

電 話

会員との続柄

振 興 会 受 付 印

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

