

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。

会 員 記 入 欄	給付 コード	会 員 氏 名 会 員 番 号								性 別	生 年 月 日				診 療 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				
			栃 木 太 郎								M																				
	5	0	0	1	2	3	4	5	6	W	S	3	7	0	7	2	8	0	6	0	5										
	28	加 入 保 険										29	※高額医療				30	※				医 療 費 補 助 金 請 求 金 額									
		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(誕生日)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 31 32 33 34															
											※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																				
	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)										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											

【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。

〇 〇 医 院

栃木太郎

06・05・15

1 *2520

うち保険外200円

計 *2520

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。

△ △ 薬 局

栃木太郎

06・05・15

部門2 保険分 *2130

部門3 保険外 *430

計 *2560

※ 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

(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。

1. この請求書は、医療機関別、月別に作成してください。
2. 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。
3. 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。
4. ※の欄は、記入しないでください。