

療養給付金請求書

会員氏名 職員コード		所属名 所属コード						
請求金額	金 円							
所属する医療保険	国家公務員共済組合 市町村共済組合 全国健康保険協会管掌健康保険 その他（ ）	診療月	平成 年 月 分					
療養者氏名 (続柄)		生年月日	昭和 年 月 日 平成					
【請求額の算出根拠】								
A 医療機関又は薬局 における自己負担額 注1	B 所属する医療保険 からの給付額 注2	C 公費負担により 助成される額	D 基礎控除額 注3	療養給付金 注4				
円	-	円	-	円	-	円	=	円
注1 医療機関又は薬局で支払った一部負担金（保険診療の対象とならないものは含まない。）負担額を記入すること。 注2 所属する医療保険から支給される高額療養費又は附加給付がある場合に記入すること。 注3 9,300円（合算高額療養費支給の場合は18,600円） 注4 ①A-B-C-Dの額が15,700円（合算高額療養費支給の場合は31,400円）を超える場合は、15,700円（合算高額療養費支給の場合は31,400円）とする。 ただし、共済組合以外の医療保険に加入する会員及びその被扶養者で、標準報酬月額が53万円以上、かつ、診療報酬明細書1件につき総医療費が353,220円（合算高額療養費支給の場合は439,420円）以上の場合、A-B-C-Dの額が40,700円（合算高額療養費支給の場合は、81,400円）を超える場合は40,700円（合算高額療養費支給の場合は、81,400円）とする。 ②100円未満切り捨てとすること。								
上記のとおり請求します。 一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様 平成 年 月 日 請求者 氏名 (印) 所属電話番号								

添付書類 医療機関又は薬局発行の領収書

- 注意事項
- 1 医療機関又は薬局ごとに、1か月分をまとめて請求してください。
 - 2 給付の対象となる会員の被扶養者は、2親等以内に限りま。
 - 3 給付額算出にあたり、所属する医療保険から支給される高額療養費又は附加給付を算出する際の所得区分を確認する場合があります。

事務局受付印

添付書類は下記のとおりです

□ **医療機関又は薬局発行の領収書**

領収書を紛失した場合は、別シート「領収書」を印刷紙、医療機関に記入してもらってください。