

69才以下
入院

様式第7号-2号
(2~11)(12)
000000 1

医療補助金
療養見舞金 請求書

69才以下
入院

項目番号			
23	24	25	26
4	Q	M	O

連番
27~31

区分	特例金額1					
32	33	34	35	36	37	

特例金額2				
38	39	40	41	42

○会員の方へ・・・裏面をよく読んで上半分太枠の欄を記入して下さい。
() 内の数字は気にしていただく必要はありません。

会員 記入欄	退職会員番号(6桁) (13~22)				退職会員名 (または遺族会員名)				退職年月			
								平成 令和		年	月	
	住所								電話番号			
	受診者名						受診者の生年月日 (43~49)					
							昭和		年	月	日	
	退職会員との続柄 (50)						制度適用区分 (51)					
1. 本人 2. 配偶者 3. 遺族会員						2. (身体・精神)障害者(級) 身体が精神が該当に○をし、級を記入						

医療機関 記入欄	入院医療証明書										
	受診者名										
	加入医療保険名 (必ず記入してください) 「その他」の場合、正式名称か保険者番号を記入してください										
	(52) B 国民健康保険 C 協会けんぽ(社保) D 公立学校共済組合 H その他()				E 地方職員共済組合 F 市町村職員共済組合 G 私学共済組合 (健保組合)			(53) 1 本人 2 被扶養者		(54) 1 任意継続	
	受診年月 (55~59) 5. 令和 年 月		負担割合 1割 2割 3割			受診科		保険診療点数 (60~65) 点		自己負担金額(※) 円	
	入院期間 (66~72) 5. 令和 年 月 日 ~ (73~79) 5. 令和 年 月 日 継続中 退院										
	受診年月 (80~84) 5. 令和 年 月		負担割合 1割 2割 3割			受診科		保険診療点数 (85~90) 点		自己負担金額(※) 円	
	入院期間 (91~97) 5. 令和 年 月 日 ~ (98~104) 5. 令和 年 月 日 継続中 退院										
	※食事療養費・生活療養費を除く保険診療分に対する自己負担金額を記入してください↑										
	上記のとおり証明します。				年 月 日				証明料 円		↑証明料を記入して下さい
保険医療機関名								印			
代表者名											

○医療機関の方へお願い

- ・証明欄はレセプトごとに1,501点以上の受診年月分をご記入ください。
- ・証明手数料は1枚500円(税別)で、ご協力をお願いします。

問い合わせ先:

三重県退職教職員互助会
TEL:059-226-5235

請求について

送り先： 〒514-8577（住所記入不要）
三重県退職教職員互助会

- ①この用紙は、69才以下の方の入院保険診療分を請求するための用紙です。
※70歳になられた月の受診分までご使用ください。（1日生まれの方は前月まで）
（他に69才以下の方の外来用、70歳以上の方の外来用、入院用があります）
- ②必ず医療機関ごと、受診月ごとに証明をとってください。
用紙1枚で、最大2ヶ月分まで記入できます。
- ③給付対象となるのは、医療機関ごと、薬局ごと、
1ヶ月の保険診療点数が1501点以上、かつ、自己負担金額が4,500円以上の場合です。
- ④請求期限は、2年弱です。詳しくは、ホームページまたは退教互だよりにてご確認
下さい。
- ⑤「制度適用区分」は、医療費が全額公費負担の場合のみ「2」を○で囲んでください。
医療補助金は対象外ですが、1ヶ月の保険診療点数が30000点以上ある場合、
見舞金として3,000円を給付します。
- ⑥給付額表はつぎのとおりです。ただし、健康保険制度等から助成がある場合、
最終自己負担額を点数に換算し、該当金額を給付します。

点数区分	給付額	点数区分	給付額
1501点～2000点	1,000円	5001点～6000点	11,000円
2001点～3000点	2,000円	6001点～7000点	14,000円
3001点～4000点	5,000円	7001点～8000点	17,000円
4001点～5000点	8,000円	8001点以上	20,000円

※60歳誕生月の受診分までは、上記給付額表の半額を給付します。

※2023（令和5）年3月以前の受診分の給付額はホームページをご確認下さい。

三重県公立学校職員互助会（現職互助会）や共済組合との重複請求を防ぐため、請求時から過去2年間に再任用や講師等で公立学校へ勤務した方やその被扶養者は、勤務期間をご記入下さい。

勤務期間：

年	月	日	～	年	月	日
年	月	日	～	年	月	日