

69才以下
外来

様式第7号
(2~11)(12)
000000 1

医療補助金
療養見舞金 請求書

69才以下
外来

項目番号			
23	24	25	26
4	Q	L	0

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

特例金額3				
43	44	45	46	47

○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 (48~54)					
			昭和			年	月	日
	退職会員との続柄 (55)		制度適用区分 (56)					
	1. 本人 2. 配偶者 3. 遺族会員		2. (身体・精神)障害者()級					

該当する場合、身体か精神に○をし、等級を記入

医療機関 記入欄	外来医療証明書				
	受診者名		病院・診療所の場合、受診した科目を記入してください。 薬局の場合、未記入で結構です。		
	加入医療保険名 (必ず証明してください)		「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		
	(57)	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)	(58) 1 本人 2 被扶養者	(59) 1 任意継続
	受診年月	負担割合 該当に○を付けて下さい	受診科	保険診療点数	保険分に対する自己負担金額(※↓)
	(60~64) 5. 令和 年 月	1割 2割 3割		(65~70) 点	円
	(71~75) 5. 令和 年 月	1割 2割 3割		(76~81) 点	円
(82~86) 5. 令和 年 月	1割 2割 3割		(87~92) 点	円	
※保険適用分の内、公費負担分や高額療養費を除いた受診者が支払った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	
保険医療機関名				円	
代表者名		印		↑証明料を記入して下さい	

○医療機関の方へお願い

問い合わせ先：三重県退職教職員互助会 TEL:059-226-5235

- ・証明欄はレセプトごと(薬局の令和7年4月分以降は月ごと)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。

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才以下の方の外来保険診療分を請求するための用紙です。
※70歳になった月末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才以下の方の入院用、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、薬局ごと、受診月ごとに証明をとってください。
※同一薬局で、複数の病院分の調剤をうけている場合、全て合計した診療点数を証明してもらってください。
※総合病院の場合、「内科(内科や外科など)」と「歯科(歯科や口腔外科など)」は、分けて証明をとってください。こちらも合算はできません。
※訪問看護の場合、受診科欄に「訪問看護」、点数のところに総医療費を証明してもらい、単位の「点」を二重線で引き、「円」に訂正してもらって下さい。
※用紙1枚で、最大3ヶ月分まで記入できます。
同じ総合病院で同月に内科と歯科の分がある場合、同月でも分けて2行に記入。
- ③給付対象となるのは、医療機関ごと、薬局ごと（上記②における）、1ヶ月の保険診療点数が1,501点以上、かつ、自己負担金額が4,500円以上の場合です。
- ④医療機関には該当しない「接骨院・整骨院」や鍼灸・装具代など点数化されないものについては、対象外です。
- ⑤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でご確認下さい。
- ⑥「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30,000点以上ある場合、見舞金として3,000円を給付します。
- ⑦給付額表はつぎのとおりです。「保険診療点数」に該当する金額を給付します。
ただし、健康保険制度等から助成がある場合、「負担額」に該当する金額となります。

負担額・・・支払った医療費の額(自己負担相当額)

保険診療点数	負担額	給付額	保険診療点数	負担額	給付額
1,501点 ～2,000点	4,500円 ～6,000円	1,000円	5,001点 ～6,000点	15,001円 ～18,000円	11,000円
2,001点 ～3,000点	6,001円 ～9,000円	2,000円	6,001点 ～7,000点	18,001円 ～21,000円	14,000円
3,001点 ～4,000点	9,001円 ～12,000円	5,000円	7,001点 ～8,000点	21,001円 ～24,000円	17,000円
4,001点 ～5,000点	12,001円 ～15,000円	8,000円	8,001点～	24,001円～	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。

※「負担額」の区分はあくまで概算であり、「負担額」に該当する給付額とは異なる場合があります。