

(退規様式第4号)

この用紙はコピーしてお使いいただけます

No. ~No.

これまでに配布した  
(退規様式第4号)  
も従来通り使用可

# 「退職会員の部」療養費請求書

No.	~No.
受付	

請求書の記入者が療養者ではなく、会員のご家族や代理の方の場合は連絡先等ご記入ください

氏名 ( ) 連絡先 TEL

療養者との続柄 ( ) ( - - )

会員証番号	〒	電話
(フリガナ)	住所	
療養者氏名		
療養者会員種別 (該当する種別番号欄に○をつけてください)	療養者の生年月日	身体障がい者手帳等の有無
1 退職者会員本人	大正	(どちらかに○をつけ、有の場合は等級を記入) 無 ・ 有 ( 級 )
2 退職者会員配偶者	昭和	
3 退職者会員継承者	年 月 日	
9 特別会員		

今回の請求分で使用した健康保険の番号欄に○をつけてください。

3 後期高齢者医療	被保険者番号
-----------	--------

1 国民健康保険	健康保険の記号・番号 [ ] 記号番号は『マイポータル』『資格情報のお知らせ』『資格確認証』などで確認できます。 確認できない場合は未記入でも可。	
4 公立共済 正規 (現職)		
5 公立共済 臨時(現職)・非常勤(現職)・任意継続		
6 私学共済(現職/任意継続)		
7 市町村共済(現職/任意継続)		
8 全国健康保険協会(現職/任意継続)		
9 1~8以外の共済組合、組合健保 (現職 / 任意継続) 健康保険の名称 ( )		本人・扶養の別 (いずれかに○)
10 前期高齢者(70歳~74歳)		本人 被扶養者

医療機関名には受診した病院・クリニック・調剤薬局の名称を、  
太枠の中の欄にはその月に支払った保険適用分の自己負担額合計を記入してください。

医療機関名	年	年	年	年	年	年	年
受診年月 月	年	年	年	年	年	年	年
1月							
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							

記入いただいた情報は、当会の個人情報保護規程に基づき、療養費給付にのみ使用し第三者に公開することはありません。

請求期限・・・受診した月の翌月から3年以内