

(退規様式第4号)

この用紙はコピーしてお使いになれます

No. ~No.

これまでに配布した用紙(退規様式第4号)も従来通り使用できます。

「退職会員の部」療養費請求書

受付

郡市番号一覧

中津市 1	豊後高田市 3	宇佐市 5	別府市 7	杵築市 8	速見郡 9
国東市 10	大分市 11	臼杵市 12	津久見市 13	由布市 14	佐伯市 16
竹田市 18	豊後大野市 20	日田市 21	玖珠郡 23	県外 24	

請求書の記入者が会員のご家族や代理の方の場合

郡市番号	会員証番号	氏名 () 療養者との続柄 ()
		電話番号 (- -)

請求者氏名 (フリガナ) (漢字)	住所 〒 - -	電話番号 - - -
----------------------	----------	------------

療養者氏名 (フリガナ) (漢字)	療養者種別 (該当する種別に○をつけてください) ① 退職者会員 ② 退職者会員配偶者 ③ 退職者会員継承者 ④ 特別会員	療養者の生年月日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日
----------------------	---	----------------------------------

今回請求分で使用した健康保険に○をつけてください。 (なお、勤務先の変更等により、途中で健康保険が切替わった場合は療養費請求書を分けて作成してください。)	保険証の記号番号または被保険者番号
--	-------------------

① 国民健康保険 ③ 後期高齢者(75歳以上) 一部負担金の割合 → ①割・②割・③割 ④ 公立学校共済組合/正規(現職) ⑤ 公立学校共済組合 ⑤臨時(現職) ⑤非常勤(現職) ⑤任意継続 ⑥ 私立共済(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 健康保険の名称 を記入してください。 ⑨現職/任意継続 ⑩ 前期高齢者(70歳~74歳) 一部負担金の割合 → ②割・③割	健康保険証の本人・扶養の別 本人・被扶養者 身体障がい者手帳等の有・無 有(級)・無
---	---	--

医療機関名(病院名・薬局名)

療養年月						
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						

請求期限は診療月の翌月から3年間です。

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。療養費請求のお問合せに関しては、迅速に対応するよう努めておりますが、毎年、1月~3月は療養費請求が集中するため、やむを得ず回答をお待たせすることがございます。ご理解いただきますようお願いいたします。

【一般財団法人 大分県教職員互助会】