

請求書記入の際にお読みください。①～⑫

① 会員証または封筒（緑色）に記載している8桁の番号

② 退職者会員配偶者の療養費を請求する場合、請求者氏名は退職者会員のお名前を記入。

③ 代理の方（ご家族等）が請求書を記入した場合、その方のお名前を記入。

④ 2：退職者会員配偶者

退職者会員が加入する際、同時に加入金を納めて加入した退職者会員の配偶者。

9：特別会員

現職会員が死亡し、その配偶者で加入条件を満たし、かつ加入金を納めて加入した方。

3：退職者会員継承者

退職者会員配偶者として加入した方が、その配偶者である退職者会員の死亡後、弔慰金手続きが完了したのち、退職者会員配偶者から退職者会員継承者となります。

75歳以上の方

75歳以上の方にはマイナ保険証の有無に関わらず【後期高齢者医療資格確認書】が今年の7月末までに送付されるそうです。

⑤ 75歳以上の方 = 被保険者番号※
74歳以下の方 = 記号・番号

・健康保険証
・資格情報のお知らせ
・資格確認書
・マイナポータル

などで番号を確認して記入

後期高齢者医療資格確認書		有効期限	令和 8年 7月31日
被保険者番号	00000000		
氏名	* * * *	性別	*
生年月日	昭和**年**月**日		
資格取得年月日	令和**年**月**日		
交付年月日	令和**年**月**日		
負担割合	*割		
発行期日	令和**年**月**日		
限度区分			
発行期日			
長期入院該当日			
特定疾病区分・発行期日			
保険者番号	00000000		
保険者名	大分県後期高齢者医療広域連合		

⑥ ⑨の場合は、必ず級を記入。

⑦ 総合病院（医療センター、県立病院、大学病院など）で複数の診療科を外来受診した場合、歯科以外の科は（外来）としてひとつの枠に記入。入院があれば（入院）として別枠に記入。

⑧ 同じ薬局であっても医療機関が別であれば枠を分ける。処方箋発行元の医療機関名が領収書に記載されていない場合は、薬局で領収書に記入してもらう。

⑨ 医療機関ごとの1か月の合計額（保険適用の自己負担額）を記入。

⑩ 支払った月ではなく、実際に入院した月の枠に記入。（P11領収書見本 参照）

⑪ 1医療機関1か月分の合計額が2,120円以下の場合には記入しない。
2,120円以下は $(2,120 - 2,000) \times 0.8 = 96$ 円となり、100円未満のため給付金がありません

⑫ 自費や保険適用外（ワクチン・予防接種など）は、記入しない。

※⑪⑫は給付対象外となるため領収書は送らないで下さい。送られてきた領収書はお返ししません。

療養補助金について

(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. 受 付

「退職会員の部」療養費請求書

〈記入例〉

請求書の記入者が、ご家族や代理の方の場合 氏名 (互助一美) 療養者との続柄 (子) 電話番号 (090 - 1234 - 5678)	
都市番号 11 会員証番号 99000999 氏名 (フリガナ) ゴジョ タロウ (漢字) 互助太郎 住所 大分市 大字 下郡 496番地38 療養者氏名 (フリガナ) ゴジョ タロウ (漢字) 互助太郎 療養者種別 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 26年7月8日 昭和 保険証の記号番号または被保険者番号 0123 4568 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
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。) ① 国民健康保険 ⑦ 市町村共済(現職/任意継続) ③ 後期高齢者(75歳以上) ⑧ 全国健康保険協会(現職/任意継続) 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) 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。 ⑩ 前期高齢者(70歳~74歳) 一部負担金の割合 → ②割・③割 ⑤ 公立学校共済組合 ⑥ 私立共済(現職/任意継続)	
医療機関名(病院名・薬局名) 療養年月 せり内科医院 なすな総合病院(入院) なすな総合病院(外来) なすな総合病院(歯科) すずな眼科 すずしろ薬局(せり内科医院) すずしろ薬局(すずな眼科) 年1月 ⑦ ⑧ 2月 3月 4月 3,360 2,560 5月 10,860 2,130 2,410 4,000 2,800 2,300 6月 57,600 2,000 3,300 7月 ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ 8月 9月 1か月の合計額(保険適用の自己負担額)を記入 (例) 5/8 1,340円 5/15 570円 5/22 500円 合計 2,410円 1回の金額が少額でも1か月分の合計として計上できます。 ⑪ 2,120以下 ⑫ 保険外 給付対象外	

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。ご理解いただけ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】

※請求書は教職員互助会のホームページにてPDF・エクセルなどの形式でダウンロードすることができます。

領収書を添付して請求する場合



領収書に患者氏名、健康保険適用の内訳 など下記の記載があるか確認してください。

入院

月をまたいで入院した場合は、支払いをした月ではなく、**入院していた月別に分けて請求してください。**
この場合は、6月分の請求となります。

氏名	互助 太郎 様	区分	保険適用	保険適用外1	区分	保険適用外2
発行日	令和7年7月1日	初診料	円	円	特別室料	円
請求番号	987	入院料等	181,370円	円	分娩介助料	円
患者番号	567	医学管理等	円	円	病衣貸与料	874円
診療科	内科	在宅医療	円	円	オムツ代	円
病棟	5階 508号室	投薬料	15,080円	円	材料代	円
保険	前期高齢者	注射料	7,070円	円	健診料等	円
負担割合	2割	処置料	3,820円	円	文書料	1,000円
診療期間	令和7年6月18日 ～令和7年6月30日	手術料	201,380円	円	その他	円
		麻酔	800円	円	小計③	1,874円
		検査料	29,270円	円	合計請求額	①+②+③
		診療費合計	438,790円	円		
		一部負担額①	57,600円	円		
		食事負担金②	10,140円	円		

病衣貸与料や文書料等は、保険外負担（自費）のため、**給付対象外です。**

健康保険が適用された負担額が**給付対象です。**

食事負担金は、**給付対象外です。**

診療費の領収印が押印されていない場合（振込やクレジットカード利用等）は、銀行の振込控え、または支払が確認できるものを添付してください。

◆同じ病院でも外来と入院は別々に計算します。

外来

外来は外来分の欄に記入してください。

患者番号	123	氏名	互助 太郎 様	受診日	令和7年5月30日
受診科	内科	入・外	外来	発行日	令和7年6月1日
領収書番号	40	負担割合	2割	本・家	本人
区分	前期	初・再診料	730円	医学管理等	1,600円
保険		処置	680円	手術	0円
		在宅医療	0円	投薬	0円
		検査	1,420円	注射	0円
		リハビリテーション	0円	療費担当手当	0円
保険外負担		健康診断	3,000円	予防接種	3,000円
		文書料	0円	検査費	0円
		販売品	0円	その他	0円
負担額	10,860円	保険	6,000円	保険適用外	540円
前回未収金	0円	請求金額	17,400円	領収金額	17,400円

領収書発行日（支払った月）ではなく、**受診した月で請求してください。**
この場合は、5月分の請求となります。

健康保険が適用された負担額が**給付対象です。**

前回未収金がある場合、以前のお支払に修正額が生じたと考えられます。医療機関でいつの分か日付を確認して記入してください。

文書料やワクチン・予防接種など保険適用外については**給付対象外です。**

領収書を添付する場合は原本での請求またはP12互助会の「医療費明細書」の使用をおすすめしています。

領収書はコピーでも請求可能です。コピーの場合は次の点にご注意ください。

- **コピーをとる際は、必要事項が欠けないよう必ずご確認ください。**
(・患者氏名 ・診療年月日 ・金額 ・病院(薬局)名 ・領収印 ・負担割合 ・診療点数 など)

全体がはっきり見えるように
なるべく原寸大で

領収書どうしが
重ならないように

両面コピーは不可

- 必要事項が欠けていたり、不鮮明で読み取れない場合は、再提出していただきます。
その場合、給付金送金日が繰り下がることがあります。

- 領収書の原本が手元にある事で、すでに請求した領収書を重複して請求されるケースも増えています。
いつまで請求したか 手元の領収書原本に「請求した日付」などを記入して **自己管理をお願いします。**

請求に必要な書類

- ①「退職会員の部」療養費請求書 (P8記入例参照)
- ②医療機関発行の領収書(コピー可) (P11参照)
または「医療費明細書」(P12参照)

健康保険証の発行元から送られてくる「医療費通知書」や「医療費のお知らせ」などでは、実際に支払った金額と異なることがあるため請求できません。

●健康保険証が切り替わった時

臨時職員の任用期間満了時など、保険証を返却する前に保険証のコピーをとっておいてください。保険証について互助会から確認させていただく事があります。

●限度額認定証(お持ちの方)コピー

高額療養費の限度額について互助会から確認させていただく事があります。

給付対象

給付の計算式

(★－2,000) × 0.8 = 給付額 (100円未満切捨て)

★請求額…健康保険適用の自己負担額
1 医療機関 1 か月の合計額

- **1 医療機関 1 か月の保険適用自己負担額が、2,130円以上対象** (P8～P9⑨・⑪参照)

・同じ医療機関であっても入院／外来は別
・総合病院の場合、歯科のみ別
・処方箋発行の病院と調剤薬局は別
・同じ調剤薬局でも処方箋の発行元が違う場合は別

- **高額療養費や附加給付などの公的機関からの支給がない自己負担分のみ対象**

- **給付単年度上限額 30万円**

↑(4月診療分～翌年の3月診療分までの年度ごと)

単年度上限額に達した際には通知いたします。

請求期間：診療を受けた月の翌月から3年以内

- 例 令和7年7月1日～7月31日の間に請求する場合

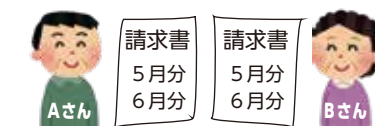
令和4年7月～令和7年6月の受診分が請求できます。
請求する月(令和7年7月)の受診分は受付できません。
翌月(8月)以降にご請求ください。

**期限切れにならないよう
ご請求ください**
おすすめは
半年～1年分ごと
のご請求です

(月途中での請求ができない理由)

療養費の計算は1か月の合計額から給付額を算出します。診療が終わったあと、月末までの間に急きょ医療機関を受診した場合、1か月の合計額が変わります。そのため正確な給付額が算出できないからです。

ご夫婦で加入されている場合



請求する受診月はご夫婦そろえて
同じ封筒に二人分を入れて送ってください。
「退職会員の部」療養費請求書は、Aさん、Bさん、それぞれ1人につき1枚必要です。

領収書がレシートや手書きの場合



患者氏名、保険診療の有無など内訳が確認できない領収は受付できません。

医療機関で互助会の「医療費明細書」に記入してもらってください。(P12参照)

※負担額等に関して公的機関や医療機関に問合せすることがあります。

給付したのちに自己負担割合や自己負担限度額が違ったことが判明した場合には…

既に給付した給付金額と再計算後の金額に差額が生じ、追加給付や返納などの修正処理をすることがあります。ご了承ください。

療養費請求書の受付…毎月月末締め 送金日…受付した翌月の25日

(金融機関が25日休業の場合は、前営業日)

→送金日に合わせて、通知書を送ります。

治療用装具を請求する場合

ご自分の加入している健康保険(国保等)に請求する前に下記①②③④のコピーをとっておいてください。

互助会は領収書のみでは受付できません。療養費請求の際は **①～④のコピー** を添付してください。

各自の保険自己負担割合に応じた額が
2,130円以上のとき
互助会に請求できます

＜互助会に請求できる額＞

(例) 装具代金が28,000円の場合

3割負担	28,000×3割＝	8,400円
2割負担	28,000×2割＝	5,600円
1割負担	28,000×1割＝	2,800円

(互助会に請求できる額－2,000円)×0.8＝互助会からの給付額(100円未満切捨て)となります。

保険適用となる治療用装具

医師が治療上必要と認めたコルセット・サポーター・足底板などに限られます。
日常生活上不便であるとか外観を整えるために装着するものなどは療養費給付の対象となりません。
(眼鏡・補聴器などは給付対象外です。)

上記(例)の場合、28,000円に対して自己負担額を除いた残りの額は、加入している健康保険(国保・協会けんぽ・後期高齢者医療など)から払戻されますので、各自手続きを行ってください。

障害者手帳・被爆者手帳をお持ちの場合



市町村など公的機関から医療費の助成がある期間については、互助会から重複して療養補助金を給付することができません。療養補助金の請求ができない年度については「身体障がい者等見舞金」の給付があります。

＜対象となる手帳の例＞

- 身体障害者手帳 大分市以外……1級～2級 (自治体ごとに等級が定められています。)
- 被爆者手帳 大分市 ……1級～3級 (県外の場合は住民票所在地の役所でご確認ください。)
- その他何らかの理由で、障害者医療証(重度心身障害者医療費受給者証)をお持ちの方。

2025(令和7)年度「身体障がい者等見舞金」の給付について

給付額	年度1回 10,000円
請求用紙	昨年度給付を受けた方と、新たに手帳を取得し既に互助会へご連絡を頂いた方には、 8月に互助会からご本人へ請求用紙を送付いたします。
添付するもの	①身体障害者手帳のコピー または 被爆者手帳のコピー ②障害者医療証(重度心身障害者医療費受給者証)のコピー ※身体障害者手帳をお持ちの方のみ

※対象となる手帳をお持ちの方で、まだご連絡いただいたことがない方は互助会へお知らせください。
※所得制限などにより公的機関からの医療費の支給が停止になった場合には、公的機関から届いた、支給停止の旨が書かれた文書を保管のうえ、必ず互助会へご連絡ください。

医療費明細書を添付して請求する場合

医療機関によっては手数料がかかる場合もございます。あらかじめ医療機関にご確認ください。

●互助会の「医療費明細書」とは

- ・医療機関や薬局で記入・押印してもらう、領収書の代わりとなる用紙です。
(ご自身で記入している、医療機関や薬局の押印がないなどは無効です。)
- ・領収書のかわりに、医療費明細書を添付して請求する場合は、領収書を送る必要はありません。

このようなメリットがあります



領収書の枚数が
多い時など
郵送料の軽減となる

請求できる正確な
金額がすぐにわかる

請求もれを
防ぐことができる

この用紙はコピーしてお使いになれます。 医療費明細書は必ず医療機関の方が記入・押印の証明をお願いします。

【退職会員の皆様へ】
・医療機関にお願いする際は、繁忙となる時期(月末や月初め)はなるべく避けてお願いしてください。
・この明細書に記入してもらった場合、医療機関が発行した領収書(証)は互助会へ送らず各自で保管してください。
このような場合に医療費明細書をお使いください
・領収書がレシートや手書き(患者氏名、保険内外など内訳の記入がないもの)の場合
・領収書を紛失したとき
・領収書の枚数が多く整理や郵送が大変なとき

【医療機関の皆様へ】 ご多忙のところ恐れ入りますが、下記事項に添ってご記入ください。
＜医療費明細書に記入いただく際の注意事項＞
・毎月1レシート単位で
・調剤で複数の医療機関
・保険適用の自己負担額
・診療院等は診療点数を記入してください。
＜備考欄に記載していた
・入院の日の入院日
・月の途中で保険証が変
・公費併用の場合は、備
・調剤で複数の医療機関から処方されている場合は、備考欄に医療機関名をご記入ください。

医療費明細書

患者氏名 様 患者負担率 %

＜下記の診療月に使用した保険種別(番号に○)＞

1. 国民健康保険	5. 公立学校共済組合(任職)	8. 全国健康保険協会(現職/任職)
3. 後期高齢者(75歳以上)	6. 私立学校共済組合(現職/任職)	9. (1～8以外)の共済組合・組合健康保険の名称()現職/任職
4. 公立学校共済組合(現職)	7. 市町村共済組合(現職/任職)	10. 前期高齢者(70歳～74歳)

診療月	日数 または 回数	区分 (該当区分に○を つけてください)	診療点数 ただし診療院は療養費総額(円)	保険適用の自己負担額 (自費・食事代等は含めない)	備考
年 月		入院・外来 調剤	点	円	
年 月		入院・外来 調剤	点		
年 月		入院・外来 調剤	点		
年 月		入院・外来 調剤	点		
年 月		入院・外来 調剤	点		
年 月		入院・外来 調剤	点		

住 所 年 月 日

医療機関名
(薬局名)

電話番号 - -

医療費明細書は大半県教職員互助会の様式であり、領収書ではありません。
＜問い合わせ先＞ 一般財団法人 大半県教職員互助会
大半市大字下都496番地の38 大半県教育会館内 ☎0977-556-9292

医療機関の場合、該当する区分(外来・入院)に○を記入していただいでください。

調剤薬局の場合、処方箋を発行した医療機関名を備考欄に必ず記入していただいでください。

医療機関または調剤薬局の印が必要です。

療養費
治療用装具
身体障がい者等見舞金

リハビリなどでひと月に何度も受診する病院 や 領収書の内訳に未収金が発生することが多い病院 などではできるだけ互助会の「医療費明細書」を活用して請求をお願いします。

給付対象外の例(健康保険適用外のため)

ワクチン・予防接種	健康センターなどでの健康診断・人間ドック
デイサービスなど介護保険分	入院時の食事代・病衣代・差額ベッド代

(その他にも健康保険適用外となるものがあります)