

# 療養補助金について

入院・通院（外来）・処方薬など、健康保険適用の自己負担額（1医療機関1か月の合計）に対し、所定の計算式に基づいて給付します。

## 給付対象

- ・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
- ・1医療機関1か月の健康保険適用自己負担額合計が2,130円以上対象
  - （75歳以上の方はR8年4月受診分から2,170円以上対象（P15⑩参照））
- ・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します。

## 計算式（当会にて計算）

$$\left( \text{健康保険適用自己負担額} \begin{array}{l} \text{1医療機関1か月の合計} \end{array} - 2,000 \right) \times 0.8 \text{ (100円未満切捨て)}$$

75歳以上の方は  
R8.4月受診分から×0.6

（P14記入例参照）

- ・同じ医療機関であっても入院/外来は分ける
- ・総合病院の場合、診療科を合計できるが、歯科のみ分ける
- ・処方箋発行の病院と調剤薬局は分ける
- ・同じ調剤薬局でも処方箋の発行元が違う場合は分ける

## 請求期間 診療を受けた月の翌月から3年以内

2026（令和8）年4月1日～4月31日の間に請求する場合は、  
2023（令和5）年4月受診分～2026（令和8）年3月受診分までを請求できます。

**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年分ごとの請求です。



## 療養費の請求および給付の流れ

互助会での請求書の受付は毎月月末締め、受付した翌月の25日に送金します。  
（金融機関が25日休業の場合は前営業日）

医療機関を受診

受診月の翌月以降3年以内に  
互助会へ請求

互助会受付月の翌月25日に  
登録口座へ送金。通知書が届く。

（例1）R8年4月に診療を受けた分を5月に請求する場合

R8年4月に受診  
領収証を保管しておく。

5/1以降に請求！

不備がなければ  
6/25に送金。通知書が届く。

（例2）R8年4月～6月に診療を受けた分をまとめて7月に請求する場合

R8年4月5月6月に受診  
領収証を保管しておく。

6月分までを請求するため  
7/1以降に請求！

不備がなければ  
8/25に送金。通知書が届く。

## ！ご注意ください

- ・療養補助金は1か月分の医療費をまとめて計算するため、受診した月と同月に請求はできません。
- ・請求月と同月の受診分が含まれている請求書が届いた場合、受付は翌月となりますのでご了承ください。

送金日に合わせて、通知書を送ります。

### 療養補助金・給付金振込のお知らせ

|           |          |
|-----------|----------|
| 振込先銀行     | 支店名      |
| ●●銀行      | ●●支店     |
| 預金種目      | 口座番号     |
| 普通        | 999 **** |
| 名義        | ゴジョ タロウ  |
| 令和8年8月25日 | 送金分      |

〒870-0951  
大分市大字下郡496番地38

互助太郎様

(011 -9900999 -1)

| 会員種別     | 摘要              | 給付金額   |
|----------|-----------------|--------|
| 退職者会員    | 療養補助金(R8.4～6月分) | 9,200  |
| 退職者会員配偶者 | 療養補助金( // )     | 15,600 |
| 振込合計金額   |                 | 24,800 |

※ 個人情報保護の為、口座の一部を非表示とします

〒870-0951 大分市大字下郡496番地38  
一般財団法人 大分県教職員互助会 TEL 097-556-9292

通知書が届いたら請求した期間を記入しておくこと、確定申告などの際に確認しやすく便利です。

請求期間が個人ごとに異なるため、システムの都合上、互助会で請求期間を印字することはできません。

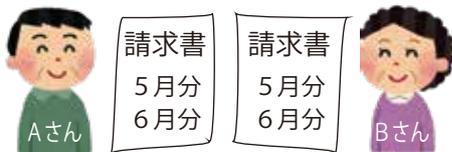


# 請求に必要な書類

下記①②の書類が必要です。

## ①「退職会員の部」療養費請求書 (P 14記入例参照)

- ご夫婦で加入されている方  
「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。請求する受診月はご夫婦そろえて、お二人同時に請求してください。



## ②医療機関発行の領収書 (コピー可) または、互助会の「医療費明細書」

医療機関の  
領収書 (コピー可)  
(P 16参照)

互助会の  
医療費明細書  
(P 17参照)

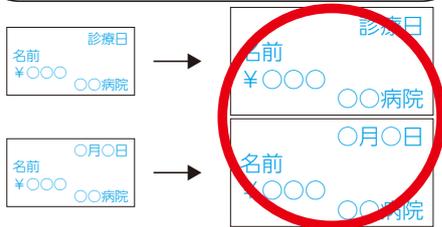
- 領収書がレシートや手書きの場合  
患者氏名、保険診療の有無など内訳が確認できない領収は受付できません。互助会の「医療費明細書」に記入をしてもらってください。  
(P 17参照)
- 健康保険発行元から送られてくる「医療費通知書」や「医療費のお知らせ」などでは、実際に支払った金額と異なることがあるため、請求には使えません。



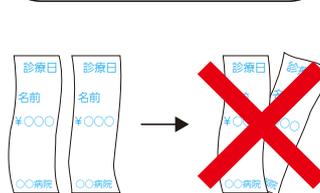
領収書はコピーでも請求可能ですが、必要事項がかけないようにコピーしてください。

必要事項：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

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、再提出となります。その場合、給付金送金月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。

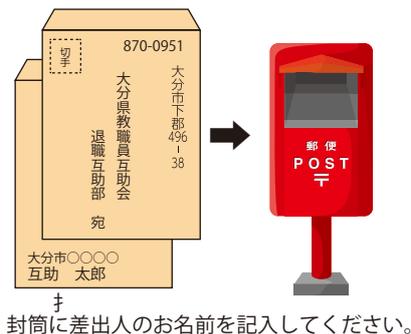
● ホッチキスやのり付けは、はずす際に領収書を傷つけてしまうため、できるだけクリップをご使用ください。

## 提出方法 (いずれかの方法でご提出ください)

### 互助会へ直接持参



### 郵送



### NEW メールで送信

メールでの送信方法は下記をご覧ください。



## メールで療養補助金を請求される方へお願い

2026年2月現在、Windowsアップデートの影響によりメールの送受信に不具合が生じる事象が発生しています。復旧次第、互助会ホームページでお知らせします。請求の際は、互助会ホームページで復旧を確認した後に送信いただきますようお願いいたします。

療養費請求専用  
メールアドレス

互助会ホームページで公開します。

療養費補助金請求が  
メールでもできる  
ようになります



⚠️重要⚠️ 公開するメールアドレスは療養費請求の受信専用です。療養補助金請求以外で使用不可。返信もできません。

●件名・本文は次のとおり入力してください。

件 名

療養者の氏名（漢字フルネーム）姓と名間のスペースは不要（例）互助太郎

本 文

会員氏名・会員番号・メール送信者の電話番号（携帯または固定電話）

●添付ファイルの形式について

①療養補助金請求書 ②領収書または医療費明細書をメールに添付してください。

添付書類はできるだけ  PDFファイル（PDF形式）をお願いします。

（PDFは表示のくずれがなく、安全に内容を確認できます。PDFに変換する操作が難しい場合はご相談ください。）

●複数名の請求をする場合

1通にまとめず、  
療養者別に分けて  
送信してください。



●添付ファイルが多く1名分を1通で送信できなかった場合

2通目以降の件名のあとに（つづき）とつけて送信してください。



（例）1通目の件名 互助太郎  
2通目以降の件名 互助太郎（つづき）

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    |

## <記入例>

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

③ 氏名 ( 互助一美 ) 連絡先 TEL  
療養者との続柄 ( 子 ) ( 090 - 1234 - 5678 )

|                               |                           |                      |                  |                        |              |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------|------------------|------------------------|--------------|
| 会員証番号                         | ① 99000999                | 〒                    | 870-0951         | 電話                     | 097-556-9292 |
| (フリガ)                         | ② ガシヨ タロウ                 | 住所                   | 大分市大字下郡 496番地 38 |                        |              |
| 療養者氏名                         | 互助 太郎                     | 療養者の生年月日             | 大正 28年 9月 10日    | 身体障がい者手帳等の有無           | ⑤ 無          |
| 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) | ④ 1 退職者会員本人<br>2 退職者会員配偶者 | 3 退職者会員継承者<br>9 特別会員 | 昭                | (どちらかに○をつけ、有の場合は等級を記入) | 有 ( 級 )      |

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。★⑦

|           |        |           |
|-----------|--------|-----------|
| 3 後期高齢者医療 | 被保険者番号 | 0123 4567 |
|-----------|--------|-----------|

|  |   |
|--|---|
| ⑥ 1 国民健康保険                                   | 健康保険の記号・番号<br>( 1234 5678 )<br>記号番号は『マイポータル』『資格情報のお知らせ』『資格確認』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)<br>健康保険の名称 ( ) |   |
| 10 前期高齢者(70歳~74歳)                            |   |

|                  |      |
|------------------|------|
| 本人・扶養の別 (いずれかに○) |      |
| ○ 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 | ⑧ せり内科 | 県立病院 (入院) | 県立病院 (外来) | 県立病院 (歯科) | ⑨ 村山眼科        | 村山薬局 (せり内科) | すずしろ薬局 (村山眼科) |
|-------|--------|-----------|-----------|-----------|---------------|-------------|---------------|
| 受診年月  | 年      | 年         | 年         | 年         | 年             | 年           | 年             |
| 1月    | R7年    | R8年       | R8年       | R8年       | R6年           | R7年         | R6年           |
| 2月    |        |           |           |           |               |             |               |
| 3月    | 2,410  |           |           |           |               | 2,700       |               |
| 4月    |        |           | 3,360     | 2,560     |               |             |               |
| 5月    |        |           |           | 2,130     | 4,000         | 2,800       | 2,300         |
| 6月    |        | 57,600    |           |           | 予防接種など<br>自費分 |             |               |
| 7月    |        |           |           |           |               |             |               |
| 8月    |        |           |           |           |               |             |               |
| 9月    |        |           |           |           |               |             |               |
| 10月   |        |           |           |           |               |             |               |
| 11月   |        |           |           |           |               |             |               |
| 12月   |        |           |           |           |               |             |               |

1か月の合計額(保険適用の自己負担額)を記入  
(例) 5/8 1,060円  
5/15 570円  
5/22 500円  
合計 2,130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。

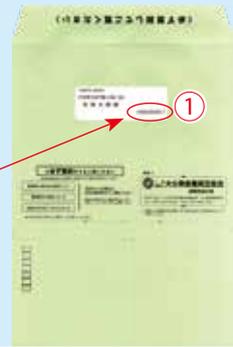
記入いただいた情報は、当会の個人情報保護規程に基づき、療養費給付にのみ使用し第三者に公開することはありません。

請求期限・・・受診した月の翌月から3年以内

療養補助金

# 療養費請求書記入の際にお読みください。①～⑫

(請求書の用紙は新しくなりましたが、これまでに配布した用紙も従来どおり使用できます。)



① 会員証または封筒（緑色）に記載している8桁の番号を記入

② 実際に療養を受けた方の氏名を記入。

③ 代理の方（ご家族等）が請求書を記入した場合、その方の氏名、連絡先、続柄を記入。  
請求に関する確認などでご連絡がとれない場合、受付が保留となり給付月が繰り下がることがあります。

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ④ | 2：退職者会員配偶者<br>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会員の配偶者 | 3：退職者会員継承者<br>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る | 9：特別会員<br>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 |
|---|--|---|--|

⑤ (有)の場合は、必ず級を記入。

⑥ 受診時の健康保険に○を記入。

⑦ 受診時の健康保険の記号・番号を記入。  
マイナンバーカードの番号ではありません。

(後期高齢者医療の方は) 被保険者番号を記入

- 資格情報のお知らせ
- 資格確認書
- マイナポータル

などで確認して記入。  
番号がわからない場合は「不明」と記入

⑧ 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。

⑨ 同じ薬局であっても医療機関が別であれば枠を分ける。  
処方せん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。

⑩ 医療機関ごとの1か月の合計額（2,130円以上）を記入。 (給付割合の改定についてはP2をご覧ください。)

74歳の方：令和8年4月以降に誕生日を迎え75歳になった日の受診分からは2,170円以上  
75歳以上の方：令和8年4月受診分からは2,170円以上

⑪ 支払った月ではなく、実際に受診した月の枠に記入。(P16領収書見本参照)

⑫ 自費や健康保険適用外（ワクチン・予防接種など）は記入しない。  
給付対象外となるため領収書は送らないでください。送られてきた領収書はお返ししません。

## 給付対象外（健康保険対象外）の例



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)

# 領収書を添付書類として請求する場合

領収書に患者氏名、健康保険適用の内訳などの記載があるか確認してください。

## 入院

**入院診療費領収書**

|      |                         |       |          |       |               |
|------|-------------------------|-------|----------|-------|---------------|
| 氏名   | 互助 太郎 様                 | 区分    | 保険適用     | 区分    | 保険外           |
| 発行日  | 令和8年7月1日                | 初診料   | 円        | 特別室料  | 円             |
| 請求番号 | 987                     | 入院料等  | 181,370円 | 分娩介助料 | 円             |
| 患者番号 | 567                     | 医学管理等 | 円        | 病衣賃与料 | 874円          |
| 診療科  | 内科                      | 在宅医療  | 円        | オムツ代  | 円             |
| 病棟   | 5階 508号室                | 投薬料   | 15,080円  | 材料代   | 円             |
| 保険   | 前期高齢者                   | 注射料   | 7,070円   | 健診料等  | 円             |
| 負担割合 | 2割                      | 処置料   | 3,820円   | 文書料   | 1,000円        |
| 診療期間 | 令和8年6月18日<br>～令和8年6月30日 | 手術料   | 201,380円 | その他   | 円             |
|      |                         | 麻酔    | 800円     |       | 円             |
|      |                         | 検査料   | 29,270円  | 小計③   | 1,874円        |
|      |                         | 診断費合計 | 438,790円 |       | 円             |
|      |                         | 部負担額① | 57,600円  | 合計請求額 | ①+②+③ 69,614円 |
|      |                         | 部負担金② | 10,140円  |       |               |

B 総合病院  
〇〇市×町×丁目  
Tel.△△△-△△-△△△

入院した期間の  
月ごとに請求  
(退院して後日支払った  
場合も、入院した  
期間の月ごと請求)

保険外は、  
給付対象外

健康保険が適用された  
給付対象の金額

食事負担金は、給付対象外

◆同じ病院でも外来と入院は別々に計算します。

## 外来

**請求書 兼 領収証**

〇〇市×町123番地4  
A 内科医院  
Tel.〇〇〇-〇〇-〇〇〇

|       |           |         |          |       |           |
|-------|-----------|---------|----------|-------|-----------|
| 患者番号  | 345       | 氏名      | 互助 太郎 様  | 受診日   | 令和8年5月30日 |
| 入・外   | 外来        | 発行日     | 令和8年6月1日 | 保険    | 国保・前期     |
|       |           | 負担割合    | 2割       | 本・家   | 本人        |
| 初・再診料 | 730点      | 入院料等    | 1600点    | 検査    | 1420点     |
| 注射    | リハビリテーション | 医学管理等   | 精神科専門療法  | 画像診断  | 1000点     |
| 病理診断  | その他       | 在宅医療    | 処置       | 手術    | 麻酔        |
|       |           | 検査食     | 680点     | 放射線治療 |           |
| 健康診断  | 3,000円    | 予防接種    | 3,000円   | 文書料   |           |
| 保険外   |           | 検査食     |          | 物品    |           |
| 合計    | 5430点     | その他     |          | その他   |           |
| 負担額   | 10,860円   | 保険外負担   | 6,000円   |       |           |
| 前回未収金 | 540円      | 優待・助成金額 |          | 請求金額  | 17,400円   |
|       |           | 今回未収金   |          | 領収金額  | 17,400円   |

健康保険が適用された  
負担額が給付対象の金額

前回未収金がある場合は、  
いつの未収分が確認し日付を記入してください。  
未記入の場合は、当会から医療機関  
に確認します。

受診した月ごと  
に請求

保険外は、  
給付対象外

## 調剤

**領 収 証**

令和8年6月1日 発行  
令和8年5月30日 調剤済

|                 |           |      |         |        |
|-----------------|-----------|------|---------|--------|
| 0123<br>互助 太郎 様 | 調剤技術料     | 134点 | 保険内合計金額 | 8,120円 |
|                 | 薬学管理料     | 119点 | 患者負担割   | 20%    |
|                 | 薬剤料       | 559点 | 負担金     | 2,440円 |
|                 | 特定保険医療材料料 | 0点   | 保険外金額   | 594円   |
|                 | 合計        | 812点 | 内税対象額   | 0円     |
|                 | 評価療養・選定療養 | 540円 | 非課税対象額  | 0円     |
|                 | その他       | 0円   | 外税対象額   | 540円   |
|                 | 保険外負担     | (内訳) | 外税額     | 54円    |
|                 |           | (内訳) | 前回未収金   | 0円     |
|                 |           |      | 請求金額    | 3,034円 |
|                 |           |      | 今回未収金   | 0円     |
|                 |           |      | 領収金額    | 3,034円 |

〇〇市×町123番地5  
〇〇〇薬局  
Tel.△△△-△△-△△△

保険外は給付対象外。  
評価療養・選定療養も  
保険外。

処方箋を発行した医療  
機関名の記載がない場合  
は記入してください。

実際に薬局で調剤された  
月ごとに請求

健康保険が適用された  
負担額が給付対象の金額

前回未収金がある場合は、  
いつの未収分が確認し日付を記入してください。  
未記入の場合は、当会から医療機関  
に確認します。

◆同じ薬局でも処方箋を発行した医療機関ごとに計算します。

支払方法が振込やクレジットカード払いなどで領収書がない場合は、  
「銀行の振込控」と「患者氏名、診療年月日、保険適用分など内訳のわかる書類」を揃えて  
添付するか、互助会の「医療費明細書」(P17参照)に記入してもらってください。





# 治療用装具を作られた方へ

(コルセット・サポーター・足底板など)

眼鏡・補聴器などは健康保険適用外のため請求できません。



医師が治療上必要と認めた健康保険適用となる治療用装具は互助会に請求できます。装具を作った際にもらう①②③④の書類は、健康保険（国保等）に申請手続きをする前に必ずコピーをとっておいてください。

(健康保険（国保等）に申請手続きをすると原本は返してもらえません。)

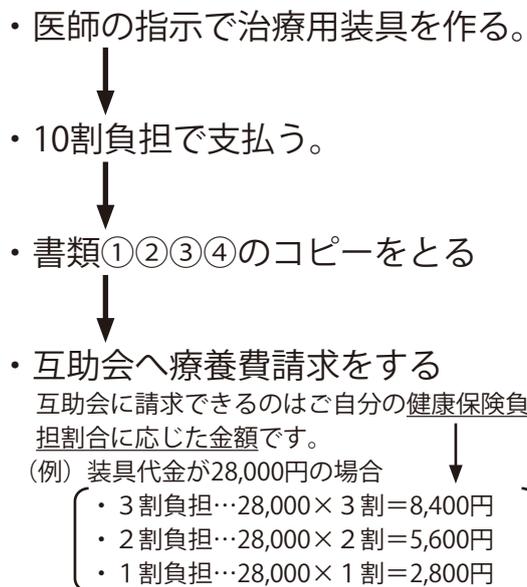
## 装具を作った際にもらう書類

- ① 医証 (医師の意見書および装着証明書)
- ② 装具の見積書
- ③ 装具の請求書
- ④ 装具の領収書



Q 装具分は療養費請求書にどのように記入するのですか？

- ・療養費請求書の医療機関名の欄には (装具) 医証を発行した医療機関名
- ・請求金額は右記のように健康保険負担割合に応じた金額を記入してください。



(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。

治療用装具請求方法  
身体障がい者等見舞金

厚生事業参加者募集

## 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。)
- 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。)
- ・被爆者手帳
- ・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。

## 2026(令和8)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。