

<記入例>

太枠内は、全て記入してください。

別記第5号様式

コピーして使用可

療養補助金交付申請書

特別会員番号	5 5 5 5 5 - 0								※右詰で記入してください。
フリガナ	ヤマグチ ケンイチ								本人：0 配偶者：1 遺族：2
療養者氏名	山口 県一								
生年月日	昭和 〇〇 年 12 月 25 日 (65 歳)								70 歳未満 70 歳以上 75 歳未満
住所	〒 753 - 0074 山口県山口市滝町100-1-A302								
電話番号	(〇90) 9999 - 9999								高額の療養費に該当した場合、該当区分に〇印 ※ 該当する区分が不明の場合は、ご加入の保険者へお問い合わせください。
健康保険の種類 (該当を〇で囲む。)	国民健康保険 ・公立共済(山口支部) ・公立共済(山口支部以外) ・私立学校共済組合 ・市町村職員共済組合 ・全国健康保険協会 ・地方職員共済組合 ・その他の健康保険 ※健康保険組合の名称記入 ※70歳以上の方は、負担割合を〇で囲んでください。 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)								
健康保険の種別 (該当を〇で囲む。)	「協会けんぽ」の方は、全国健康保険協会を〇で囲む。 令和 △△ 年 12 月 18 日 一般財団法人 山口県教職員互助会理事長 様 特別会員 (遺族会員) 氏名 山口 県一 (山) 印								70 歳未満 70 歳以上 75 歳未満
健康保険の種別 (該当を〇で囲む。)	現役並みⅢ (限度額 252,600円～) 現役並みⅡ (限度額 167,400円～) ② 現役並みⅠ (限度額 80,100円～) ③ 一般 (限度額 57,600円) 非課税Ⅱ (限度額 24,600円) 非課税Ⅲ (限度額 12,300円)								
領収書 (医療点数・負担割合がわかるもの) がある場合、診療報酬内訳書の記入は不要です。									高額の医療に該当した場合、該当区分に〇印 区分が不明の場合は、ご加入の保険者へお問い合わせください。
会員の方の記名押印 (忘れずに押印してください。)									高額の医療に該当した場合、該当区分に〇印 区分が不明の場合は、ご加入の保険者へお問い合わせください。

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ 各保険者、各医療機関、各調剤薬局 の方へのお願い ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

お手数ですが、上記療養者に係る診療報酬内訳 (健康保険適用分) の証明をお願いします。

医療機関名 又は 調剤薬局名		
診療科		
区分	受診年月日	診療時間
療養費総額	療養費	点
患者負担額	療養費	割
法定給付 (保険者負担)	療養費	円
高額療養費	療養費	円
令和 年 月 日 保険者 又は医療機関 又は調剤薬局 (電話番号) () -		

※領収書で左の明細が証明は確認は不要です。健康保険適用診療費は、費

互助会受付印