

大切に保管ください

[令和5年4月受診分より適用]

医療補助金請求のしおり（退職会員用）

外来・入院・診療科・薬局（院外処方）の区別なく、お一人の1か月にかかった医療費（保険診療分）の自己負担総額より6,000円を控除した額に6割を乗じて給付（100円未満切捨）します。

給付対象者

会員（退職厚生部の第一種、第二種会員）と、その配偶者の方です

* 配偶者につきましては、退職の際に申請された方に限ります。

* 終身給付です。会員が死亡された場合でも、引き続き配偶者の分をご請求いただけます。

請求方法

〈手続きの流れ〉

- ① 医療機関の領収書を受診者、受診月ごとにまとめてください。
受診月と支払月が異なる場合がございます。ご注意ください。（特に入院の場合）
 - * 外来・入院・診療科・薬局（院外処方）の区別なく、1か月分をまとめてください。
 - * 領収書は、コピーで提出してください。
 - 次ページ **その他**（4）領収書のコピーについてを参照ください。
 - 提出いただいた領収書は、返却できませんのでご了承ください。
 - * 給付対象は、「保険診療分」に限ります。
 - 予防接種や入院の差額ベッド代金等、保険適用外のもの、また介護保険は、対象外です。
- ② 医療補助金請求書を記入してください。（記入例参照）
 - * ご夫婦とも会員の場合でも、1枚の請求書で提出ください。
 - * 住所、電話番号、会員（申請者）及び配偶者の氏名を記入ください。
 - * 領収書の枚数を受診月ごとに記入ください。
- ③ 厚生会に送付してください。
【提出書類】・医療補助金請求書・領収書コピー・健康保険証コピー 等
 - * 毎月10日締切（休日の場合は前日）です。
- ④ 厚生会より会員口座へ給付金が送金されます。
 - * 送金日は、毎月25日（休日の場合は翌日）です。
 - * 月末に給付額のご案内（送金通知書）をお送りします。
 - * 1月末には、年間給付額のご案内をお送りします。確定申告等の参考としてお使いください。

請求期間

受診された翌月から3年以内です

※ 次ページもご覧ください

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ ご不明な点は下記にお問い合わせください。 ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

一般財団法人 富山県教職員厚生会 医療補助金係

〒930-8560 富山市千歳町1-5-1 県教育記念館3階

TEL (076) 432-1252 FAX (076) 432-1988

<http://www.toyamakyoko.jp> E-mail: jimukyoku@toyamakyoko.jp

計算方法

【計算例】

一人が1か月に下記のように受診した場合

| | | |
|------|---------|---------|
| 〇〇医院 | 内科 | 2,280円 |
| △△病院 | 内科（外来） | 1,200円 |
| △△病院 | 皮膚科（外来） | 1,530円 |
| □□病院 | 眼科（入院） | 31,500円 |
| ◎◎薬局 | （院外処方） | 2,750円 |

(注) 会員と配偶者の自己負担総額は合算できません。

$$\text{計} \quad \left(\frac{39,260\text{円}}{\text{自己負担総額}} - \frac{6,000\text{円}}{\text{控除額}} \right) \times 6\text{割} \rightarrow \frac{19,900\text{円}}{\text{給付額}} \\ \text{(100円未満切捨)}$$

給付限度額

一人 1か月 20,000円です（年齢、保険証種別は問いません。）

ただし、各種保険証制度や特定疾患などの負担限度額範囲内での給付になります。

また、高額療養費など世帯での限度額がある場合は、一世帯につき、1か月20,000円が給付上限となります。

ご注意

* 受診月の翌月以降、ご夫婦同時にご請求ください

一度、医療補助の給付を受けた受診月については、追加請求はできません。

ご夫婦の場合も、どちらかが給付を受けた受診月について、もう一方の追加請求はできません。

請求漏れがないか十分にお確かめのうえ、ご夫婦同時にご請求いただきますようお願いいたします。

* 健康保険証コピーを提出ください

ご請求の際には健康保険証コピーを添付ください。（申請者と配偶者それぞれ必要です）

毎年、国民健康保険・後期高齢者保険は8月に新しく交付されますので、お手数ですがその都度提出ください。

その他、医療費に関わる証明書等をお持ちの方は、そのコピーも添付ください。

* 鍼・灸・マッサージ師による保険診療は、医師の同意書（コピー）が必要です

その他

(1) 届出事項の変更について

下記について取消・変更があった場合は、必ずご連絡ください。

・ 会員及び配偶者の死亡 ・ 住所 ・ 電話番号 ・ 送金口座

また、会員本人が手続きできない場合、ご家族の方が代理でご請求いただけます。

その際は、ご家族の氏名・連絡先をお知らせください。

(2) 給付金の送金について

* 申請者（会員）の口座に送金します。

* ご夫婦とも会員の場合は、各々の口座に送金します。

* 世帯合算による高額医療に該当する場合でご夫婦とも会員の場合は、まとめて送金します。

(3) 高額療養費に該当される場合

高額療養費に該当される場合は、「限度額適用認定証」により、窓口負担額が限度額までとなります。この「限度額適用認定証」は、申請により役所や保険証発行機関より交付されます。

高額療養費に該当する請求の際は、この「限度額適用認定証」のコピーも提出ください。

(4) 領収書のコピーについて

領収書のコピーの際は、次のことがもれなく記載されているかご確認ください。

・ 受診者名 ・ 受診日 ・ 医療機関名 ・ 保険点数 ・ 保険金額 ・ 領収印

記入例

*下記の要領にて、ご記入ください。

医療補助金請求書

*太枠内をご記入ください。

申請日 令和 △ 年 △△月 △△日

〔住所〕 〒○○○ - ○○○○
○○市 ○○町○丁目○-○

〔電話番号〕 (○○○) ××× - △△△△

| | |
|-----|------|
| 申請者 | 会員番号 |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |

| | |
|-----|------|
| 配偶者 | 会員番号 |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |
| ○ | ○ |

*配偶者が会員でない場合は、記入不要。

フリガナ コウ セイ タ ロー
氏名 厚 生 太 郎

フリガナ コウ セイ ハナ コ
氏名 厚 生 花 子

【提出書類の漏れはございませんか?】 医療補助金請求書・領収書コピー・健康保険証コピー 等

| 受診年月 | 申請者 領収書枚数 | 配偶者 領収書枚数 | *届出事項に変更がある場合は、下欄に記入ください。 |
|---------|--------------|--------------|---|
| 5 年 4 月 | 10 枚 | 0 枚 | <div data-bbox="858 1256 1128 1290" data-label="Section-Header"> <p>【届け出事項の変更例】</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・ 会員及び配偶者の死亡 ・ 住所 ・ 電話番号 ・ 送金口座 ・ 会員に代わってご家族が申請されている場合、その方のご連絡先 |
| 5 年 5 月 | 5 枚 | 8 枚 | |
| 5 年 8 月 | 0 枚 | 3 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |

【ご注意】 お一人の自己負担総額が**6,170円未満**の場合は「0」枚と記入ください。
給付がないため、領収書コピーの提出は不要です。
請求のある月のみ記入ください。



ご案内

裏面に「医療補助金請求書」原紙がございます。
コピーしてお使いいただけますので、大切に保管ください。

医療補助金請求書

*太枠内をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

〔住所〕 〒 _____

〔電話番号〕 (_____) _____

| 申請者 会員番号 | |
|----------|--|
| | |

| 配偶者 会員番号 | |
|----------|--|
| | |

*配偶者が会員でない場合は、
記入不要。

フリガナ

氏 名 _____

フリガナ

氏 名 _____

【提出書類の漏れはございませんか?】 医療補助金請求書・領収書コピー・健康保険証コピー 等

| 受診年月 | 申請者 領収書枚数 | 配偶者 領収書枚数 | *届出事項に変更がある場合は、下欄に記入ください。 |
|------|--------------|--------------|---------------------------|
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |
| 年 月 | 枚 | 枚 | |

ご 注 意 く だ さ い

厚生会事務局 受付印

- ・ 領収書はコピーで提出ください。
提出いただいた領収書は返却できませんのでご了承ください。
- ・ 一度、医療補助の給付を受けた受診月については、追加請求はできません。
ご夫婦どちらも会員の場合も、どちらかが給付を受けた受診月について、もう一方の追加請求はできません。
請求漏れがないか十分にお確かめいただき、ご夫婦同時にご請求いただきますようお願いいたします。
- ・ 請求書は、厚生会ホームページより取り出すこともできます。

URL: <http://www.toyamakyoko.jp>

(コピーしてお使いください。)