

< 70歳未満の方 >

年度内給付上限額 : 120,000円

【注意点】

- ・4月～翌年3月を1年度として給付上限額を設けているため、請求書類は年度ごとに作成します。
- ・1枚の請求書で請求できる期間は、最短1ヶ月、最長1年(4月～翌年の3月)です。
- ・同じ年度を請求する場合であっても、『医療費通知のコピー』又は『領収書』の請求期間ごとに『医療費補助金請求書』を作成します。
(例) 2025年4月～2026年3月 → 2025年度(令和7年度)
2026年4月～2027年3月 → 2026年度
- ・入院等により、お支払が翌月以降になるときは、実際の入院や診療(調剤)を受けた月の医療費として請求してください。
- ・年度内に70歳の誕生日を迎えられる方は、70歳未満と70歳以上で請求書を別けて作成してください。

様式第3号
(退職互助)

医療費補助金請求書 整理No.

取扱日	会員番号 (右詰め)	事務局使用欄
	2 0 ● ● 0 8 1 2	
生年月日 (*欄は該当に○)	決定額	
* 西暦 大正 昭和	3 年 2 月 2 日	

会員番号

- ・退職互助事業の会員番号を記入
※現職時とは異なる会員番号

年齢

- ・請求する期間の年齢を記入。

フリガナ	千バ ハナコ	加入している健康保険名 (該当する欄に○をつけてください。)	任意継続
会員氏名	千葉 花子	国民健康保険	○ 2025/5/8～
年齢	請求期間(請求年度2025年度) 異なる年度を請求する時は請求書を年度毎に作成してください 63 歳 2025 年 4 月から 2025 年 10 月まで	後期高齢者医療広域連合	
		公立学校共済組合	○ 2025/5/7まで
		地方職員共済組合	
		市町村職員共済組合	
		日本私立学校振興・共済事業団	
		その他()保険	
		身体障害者手帳 (認定日2016年8月1日)	3 級

加入している健康保険名

- ・医療機関で使用した保険証の種類に○印を記入。
- ・請求期間中に保険証が変わった場合は、それぞれに○印を記入。

身体障害者手帳をお持ちの方

- ・認定日、等級を記入

【70歳未満、70歳以上の方、共通記入欄】

保険診療自己負担額総額 (外来、薬代、入院費の合計)	公的機関からの補助金額 (高額療養費を含む)	① 請求金額の算定のための 保険診療自己負担額総額
7 8 8 2 0 円	2 1 2 2 0 円	= 5 7 6 0 0 円

公的機関からの補助金額

- ・“公的機関からの補助金額の概算控除を希望”と余白に記載することで高額療養費等の通知の省略(互助会算出の見込額で控除)可能。
- ※概算を希望した場合でも、請求金額記入欄までを計算し記入してください。
- ・高額療養費等の通知を添付する場合は“対象(受診)年月”と“支給金額”がわかる書類のコピーを添付。
- ・給付を受けていない場合は、「0」又は未記入。

【70歳未満の方の記入欄】

① × 0.5 (円未満切り捨て)

※ 請求金額記入欄

2 8 8 0 0 円

【70歳以上の方の記入欄】

① ÷ 500円 (小数点以下切り捨て)

...②

※ 請求金額記入欄 (② × 100円)

円

上記のとおり医療費補助金を請求します。

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

2025 年 12 月 24 日

(〒 123 - 4567) 電話番号 ○○○ - △△△△ - ××××

請求者 住所

千葉市中央区市場町○-△-×

氏名

千葉 花子

作成者や不備連絡先が会員と異なる場合は別紙または余白に連絡先を記入してください

請求者

- ・会員が死亡された場合は遺族の方の電話番号、住所、氏名を記入。
※「退会給付金請求書(死亡届)」手続きが必要。

- (注) 1 保険診療自己負担額が記載されている領収書を添付してください。
2 公的機関からの補助金を受けた場合は、受けた金額がわかるものの写しを添付してください(限度額適用認定証を含む。)
3 太枠内を記入してください。
4 この様式はコピー可です。
5 日中繋がる電話番号の記入をお願いします。
- (2022.2)

公的機関からの補助金額の概算控除を希望

息子：一朗が作成。不備等は一郎携帯まで
(TEL: △△△ - ×××× - 0000)

(送付先) 〒260-8629
千葉県千葉市中央区中央4-13-10
千葉県教育会館 新館8階
一般財団法人千葉県公立学校教職員互助会
(問合せ先) 043-223-4141

- ・作成者や不備連絡先が会員と異なる場合は、余白に連絡先を記入。

< 70歳 以上の方 >

年度内給付上限額 : 38,000円

【注意点】

- ・4月～翌年3月を1年度として給付上限額を設けているため、請求書類は年度ごとに作成します。
- ・1枚の請求書で請求できる期間は、最短1ヶ月、最長1年(4月～翌年の3月)です。
- ・同じ年度を請求する場合であっても、『医療費通知のコピー』又は『領収書』の請求期間ごとに『医療費補助金請求書』を作成します。
(例) 2024年4月～2025年3月 → 2024年度(令和6年度)
2025年4月～2026年3月 → 2025年度
- ・入院等により、お支払が翌月以降になるときは、**実際の入院や診療(調剤)を受けた月の医療費として請求**してください。

様式第3号 (退職互助)

医療費補助金請求書

整理No.

取扱日	会員番号 (右詰め)	事務局使用欄
	9 ● 0 6 5 1	
生年	月	日 (*欄は該当に○)
* 西暦 大正 昭和	2 年	5 月 8 日

フリガナ	千バ タロウ	加入している健康保険名 (該当する欄に○をつけてください。)	任意継続
会員氏名	千葉 太郎	国民健康保険	○ 2025/5/7まで
年齢	請求期間(請求年度2025年度) 異なる年度を請求する時は請求書を年度毎に作成してください	全国健康保険協会管掌健康保険	
75 歳	2025 年 4 月から	後期高齢者医療広域連合	○ 2025/5/8~
	2025 年 10 月まで	公立学校共済組合	
		地方職員共済組合	
		市町村職員共済組合	
		日本私立学校振興・共済事業団	
		その他()保険	
		身体障害者手帳(認定日2016年8月1日)	2 級

【70歳未満、70歳以上の方、共通記入欄】

保険診療自己負担額総額 (外来、薬代、入院費の合計) 49610 円 - 公的機関からの補助金額 (高額療養費を含む) 380 円 = ① 請求金額の算定のための保険診療自己負担額総額 49230 円

【70歳未満の方の記入欄】 ①×0.5(円未満切り捨て) ※ 請求金額記入欄

【70歳以上の方の記入欄】 ①÷500円(小数点以下切り捨て) 98...② ※ 請求金額記入欄 (②×100円) 9800 円

上記のとおり医療費補助金を請求します。

2025 年 12 月 24 日

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

(〒123 - 4567) 電話番号 〇〇〇 - △△△△ - ××××

請求者 住所 千葉市中央区市場町〇-△-×

氏名 千葉 太郎

作成者や不備連絡先が会員と異なる場合は別紙または余白に連絡先を記入してください

(注) 1 保険診療自己負担額が記載されている領収書を添付してください。
2 公的機関からの補助金を受けた場合は、受けた金額がわかるものの写しを添付してください(限度額適用認定証を含む。)
3 太枠内を記入してください。
4 この様式はコピー可です。
5 日中繋がる電話番号の記入をお願いします。

(2022.2)

(送付先) 〒260-8629
千葉県千葉市中央区中央4-13-10
千葉県教育会館 新館8階
一般財団法人千葉県公立学校教職員互助会
(問合せ先) 043-223-4141

会員番号

- ・退職互助事業の会員番号を記入
※現職時とは異なる会員番号

年齢

- ・請求する期間の年齢を記入

加入している健康保険名

- ・医療機関で使用した保険証の種類に○印を記入。
・請求期間中に保険証が変わった場合は、それぞれに○印を記入。

身体障害者手帳をお持ちの方

- ・認定日、等級を記入

公的機関からの補助金額

- ・“公的機関からの補助金額の概算控除を希望”と余白に記載することで高額療養費等の通知の省略(互助会算出の見込額で控除)可能。
※概算を希望した場合でも、請求金額記入欄までを計算し記入してください。
・高額療養費等の通知を添付する場合は“対象(受診)年月”と“支給金額”がわかる書類のコピーを添付。
・給付を受けていない場合は、「0」又は未記入。

70歳以上の方の記入欄

- ・②の計算方法(①÷500円)
共通記入欄で記入した①「請求金額の算定のための保険診療費自己負担額総額」を500円で除した数を記入。
※請求金額記入欄
②(共通記入欄で記入した①「請求金額の算定のための保険診療費自己負担額総額」を500円で除した数)に100円を乗じた額を記入。

請求者

- ・会員が死亡された場合は遺族の方の電話番号、住所、氏名を記入。
※「退会給付金請求書(死亡届)」手続きが必要。

- ・作成者や不備連絡先が会員と異なる場合は、余白に連絡先を記入。

公的機関からの補助金額の概算控除を希望

娘・田中教子が作成しました。不備は一朗携帯まで(△△△-××××-〇〇〇〇)。