

療養給付金請求書

※必要書類（領収書など）は裏面に添付してください。

所属所コード	会員番号	本配区分	受診者氏名
		会員本人 ・ 配偶者	

受診時の加入健康保険（該当番号に○印）	
市町村共済組合・公立学校共済組合	本人 131 被扶養者 132
国民健康保険	世帯主 311 家族 312
全国健康保険協会[協会けんぽ]	本人 431 被扶養者 432
健康保険組合[各企業健保など]	本人 501 被扶養者 502
その他	801

各種受給者証について	
☐ 持っている（該当番号に○印を付け、コピーを添付） 701 福祉医療費受給者証：老人医療 702 福祉医療費受給者証：重度心身障害者医療 703 自立支援医療受給者証：更生医療 704 自立支援医療受給者証：精神通院医療 705 特定医療費（指定難病）受給者証 706 特定疾病療養受療証 707 その他	
☐ 持っていない	

受診年月	年	月	受診分（受診時年齢： 歳）
診療内容	0 入院		
	1 医科 2 歯科 4 整骨院・接骨院・鍼灸院等 3 調剤（上記診療時に交付された処方せんによるもの）		
医療機関			(A) 自己負担額
	TEL — —		円
調剤薬局			(B) 自己負担額
	TEL — —		円

自己負担限度額（該当する所得区分に○印）							
高額療養費	70歳未満	年収	1,160円～	770万円～1,160万円	370万円～770万円	～370万円	
		所得区分	ア	イ	ウ	エ	オ
	70歳以上 もしくは 老人医療	年収	1,160円～	770万円～1,160万円	370万円～770万円	～370万円	住民税非課税世帯
		所得区分	⑥現役並Ⅲ	⑤現役並Ⅱ	④現役並Ⅰ	③一般	②低所得Ⅱ
窓口負担2割または1割							

請求書ならびに添付書類に記載された個人情報について、支払事務に必要な範囲で厚生会が医療機関や加入保険等へ照会・確認を行うことに同意します。

一般財団法人京都市市町村職員厚生会 理事長 様

請求年月日	年	月	日	受付日付印
氏名				
	受診者本人以外の場合（続柄： ）			
住所	〒 — — 都 道 府 県			
	日中の連絡先 TEL — —			

※記入上の注意は、『退職互助事業のしおり』でお確かめください。入院見舞金、人間ドック等利用助成金は所定の様式で請求してください。

* 上記個人情報の同意欄は、請求書が2枚以上の場合2枚目以降は省略できます。