

この用紙はコピーしてお使いになれます。

医療費明細書は必ず医療機関の方が記入・押印の証明をお願いします。

【退職会員の皆様へ】

- ・医療機関に願する際は、繁忙となる時期(月末や月初め)はなるべく避けてお願いしてください。
- ・この明細書に記入してもらった場合、医療機関が発行した領収書(証)は互助会へ送らず各自で保管してください。

このような場合に医療費明細書をお使いください

- ・領収書がシートや手書き(患者氏名、保険内外など内訳の記入がないもの)の場合
- ・領収書を紛失したとき
- ・領収書の枚数が多く整理や郵送が大変なとき

【医療機関の皆様へ】

 ご多忙のところ恐れ入りますが、下記事項に添ってご記入ください。

<医療費明細書に記入いただく際の注意事項>

- ・各月、1レセプト単位で記入してください。(総合病院で歯科受診がある場合は別記載)
- ・調剤で複数の医療機関から処方箋が発行されている場合、各々の医療機関毎にご記入ください。
- ・保険適用の自己負担額欄には、1か月の合計金額が**2,130円以上になる月**のみ記入をお願いします。
- ・整骨院等は診療点数欄に療養費総額(円)、保険適用の自己負担額欄に患者負担率に応じた患者負担額を記入してください。

<備考欄に記載していただきたい事項>

- ・入院の際の入退院日
- ・月の途中で保険証が変わった場合や患者負担率が変わった場合。
- ・公費併用の場合は、備考欄に「公費含む」と記載してください。
- ・調剤で複数の医療機関から処方箋が発行されている場合、備考欄に医療機関名をご記入ください。

医療費明細書

患者氏名 _____ 様

患者負担率 _____ %

<下記の診療月に使用した保険種別(番号に○)>

- | | | |
|-----------------|--------------------|---|
| 1. 国民健康保険 | 5. 公立学校共済組合(任継) | 8. 全国健康保険協会(現職/任継) |
| 3. 後期高齢者(75歳以上) | 6. 私立学校共済組合(現職/任継) | 9. (1~8以外)の共済組合、組合健保
健康保険の名称
()現職/任継 |
| 4. 公立学校共済組合(現職) | 7. 市町村共済組合(現職/任継) | 10. 前期高齢者(70歳~74歳) |

診療月	日数 または 回数	区分 (該当区分に○を つけてください)	診療点数 ただし整骨院は療養費総額(円)	保険適用の自己負担額 (自費・食事代等は含めない)	備考
年 月		入院・外来 調剤	点	円	
年 月		入院・外来 調剤	点	円	
年 月		入院・外来 調剤	点	円	
年 月		入院・外来 調剤	点	円	
年 月		入院・外来 調剤	点	円	
年 月		入院・外来 調剤	点	円	

住 所 _____ 年 月 日

医療機関名
(薬局名)

印

電話番号 _____

医療費明細書は大分県教職員互助会の様式であり、領収書ではありません

<問い合わせ先>一般財団法人 大分県教職員互助会 TEL097-556-9292
大分市大字下郡496番地の38 大分県教育会館内