

## ◆請求に関する事務局からのお願い

- ・医療補助金は、月毎・医療機関毎に計算します。同じ月の診療分は必ず一緒に請求してください。
- ・請求は、診療月の翌月以降に請求してください。診療月の月内受付けはできません。

・領収書に未収金等、当日分以外の金額がある場合は、その内容がわかりませんので診療月日と保険点数を医療機関で記載してもらってください。

領 収 書							年 月 日
						鹿児島市照国1丁目 〇〇〇〇病院	
互助太郎様			年 月 日 診療				
初・再診療	医学管理等	在宅医療	投 薬	注 射	処 置	手 術	
麻 酔	検 査	画像診断	リハビリ	その他			
保険点数合計	負担率	負担金				領 収 印	
保険外合計	ここに金額が計上されていれば… 医療機関に診療月日と保険点数をお尋ねください。						
請求金額	前回来収金	領収金額					

・領収書は、「医療補助金請求書」にのり付けしたりホッチキスでとめないで、そのまま同封ください。

(領収書の種類・大小などがあり請求書の枠内に貼り付けられない場合もありますので、互助組合で整理し、のり付けします。)

・証明料のかからない医療機関では、なるべく「医療機関領収内訳」(ピンクの用紙)に1か月分の証明を受けて請求してください。

請求書兼領収書										年 月 日
氏名 様										
職業 協会 本人 負担割合 %										
初・再診療	医学管理等	在宅医療	投 薬	注 射	処 置	手 術				
麻 酔	検 査	画像診断	リハビリ	その他						
保険点数合計	負担率	負担金				領 収 印				
保険外合計	ここに金額が計上されていれば… 医療機関に診療月日と保険点数をお尋ねください。									
請求金額	前回来収金	領収金額								

証明料が  
無料の場合



退様式第4号 (医療機関へのお願い)			
・保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格差の調整をお願いします。 ※月数、レセット数(医科・歯科別)に記入してください。(保険外や食事一部負担は除く) ※公費負担等がある場合は、備考欄に記入してください。			
氏 名	診療年月	保険点数	患者負担額
医療機関 製薬内訳	院内 外来	点	円
製薬内訳	年月	点	円
製薬内訳	年月	点	円
備考(公費等記入)	年月	総額	円
保険種別(○印をしてください) A 国民健康保険 B 全国健康保険協会(協会けんぽ) C 私立学校保健共済(1歳 職 2任 課) D 市町村共済組合(1歳 職 2任 課) E その他企業保険等(保険名)			
医療機関の所在地・名称			
医療機関コード			

・領収書のコピーを添付される方の二重請求のケースが見受けられます。請求済みの分はメモを取るなどして二重請求がないようご注意ください。

・医療機関毎の月の合計額が1,170円未満は、給付が発生しません。また、インフルエンザ予防接種、文書代は保険対象医療費ではありませんので請求できません。

・給付対象外の領収書が提出された場合、事務局で処分させていただきます。なお、対象外である旨の連絡も行いませんので給付対象外の請求はご遠慮くださいますようお願いいたします。