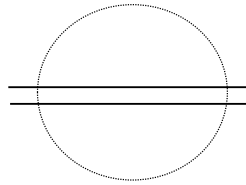


様式12

治療上必要な装具等の支給を受けた場合



所属所受付印

※原票		※診療報酬明細	
照合済		照合済	

療養費
 家族療養費
 高額療養費
 一部負担金払戻金
 家族療養費附加金
 医療補助金
 入院補助金

請求書

※決定額	療養費	円
	家族療養費	円
	高額療養費	円
	一部負担金払戻金	円
	家族療養費附加金	円
	医療補助金	円
	入院補助金	円

所属所コード			所属所名		
組合員 記号番号	公立秋 99999		組合員 氏名	共済 太郎	
療養者氏名	共済 花子		生年月日	昭和39年12月12日	
傷病名	右足関節外果骨折		傷病の原因	自宅で転倒したため	
初診年月日	令和 ○年 ○月 ○日	医療機関又 医師の診断書等の日付け	○○市○○町 ○○病院	保険医療機関 保険薬局、 その他	
療養期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 年 月 日 まで	療養に要した費用	13,000	請求金額	9,100
療養費申請の理由	治療用装具を購入したため		装具の金額	装具の金額×0.7(端数切捨て) ※70歳以上は0.8	
どちらかにチェック→ 公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input checked="" type="checkbox"/> 利用し ※ 互助会の補助金は公金受取口座ではなく、指定振込口座へ振り込まれ					

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合秋田支部長 様
 秋田県教育関係職員互助会理事長
 令和 ○年 ○月 ○日

請求者 住所 ○○市○○町○○番○○号
 フリガナ キョウサイタロウ
 氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 千 一 (電話番号) 一 一

所属所所在地
 所属所名
 所属所長職氏名

- 1 「療養費申請の理由」は詳細に記入してください。
- 2 ※印欄は記入しなでください。
- 3 請求者氏名には必ずフリガナを付してください。