

療 養 費 ・ 一 部 負 担 金 払 戻 金  
~~家 族 療 養 費 ・ 家 族 療 養 費 附 加 金~~  
 高 額 療 養 費

# 請 求 書

※ 決 定 額	法定給付	円	附加給付	円	合 計	円
---------	------	---	------	---	-----	---

組合員氏名	青 森 次 郎	所属コード	5 1 0 0 1 1 1		
		組合員証番号	1 2 3 4 5 6 7		
療養者氏名	青 森 秋 子	療養者の	昭和	○ 年	5 月 5 日
続 柄	組合員との続柄 ( 子 )	生年月日	平成	○ 年	5 月 5 日
傷 病 名	右 下 腿 骨 折	初診年月日	平成	○ 年	7 月 15 日
傷病の原因	競技中に転倒したため		令和	○ 年	7 月 15 日
療養等の期間	令和 ○ 年 7 月 15 日から 令和 ○ 年 7 月 28 日まで	療養等に 要した費用	9 8 , 4 2 0 円		
医療機関等	名 称 公立共済病院	区 分	① 保険医療機関 2. 保 険 薬 局 3. そ の 他		
	所在地 仙台市松島三丁目5-20				
組合員証を使用 しなかった理由	遠征中の事故で救急車で運ばれたが、組合員証を携帯していなかったため、 提出が遅れ、自費診療扱いとなった。				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合青森支部長 殿 令和 ○ 年 8 月 18 日 請 求 者 住 所 青 森 市 青 森 三 丁 目 3 - 3 氏 名 青 森 次 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 8 月 18 日 ( 〒 0 3 0 - 0 0 1 1 ) ( ☎ 0 1 7 - 7 2 2 - x x x x ) 所 属 所 所 在 地 青 森 市 青 森 一 丁 目 1 - 1 所 属 所 名 青 森 市 立 青 森 小 学 校 職 名 校 長 所 属 所 長 氏 名 青 森 一 郎					

1. 医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書又はこれに代わる証拠書類を添付してください。
2. 海外において療養を受けた場合には、所定の明細書、領収書及びその他関係書類を添付してください。

《個人情報の取扱いについて》  
 請求書に記載された個人情報は、給付に必要な業務を遂行するために利用するものです。  
 給付にあたっては、当該個人情報を業務委託先に提供します。  
 <提供先及び提供先における利用目的>  
 ○業務委託業者  
 ○利用目的……給付のための電算処理