

請求する請求書に必ず☑をしてください。

請 求 種 別	
<input type="checkbox"/> 療養費請求書	<input type="checkbox"/> 家族療養費請求書
<input type="checkbox"/> 一部負担金払戻金請求書	<input type="checkbox"/> 家族療養費附加金請求書
<input type="checkbox"/> 入院時食事療養費請求書	<input type="checkbox"/> 入院時食事生活療養費請求書
<input type="checkbox"/> 高額療養費請求書	

所属所コード		所属所名	
組合員番号		組合員氏名	
療養者氏名 (続柄)	()	療養者生年月日	年 月 日
傷病名		傷病の原因	1 公務(通勤) 2 第三者加害 3 その他
初診年月日	年 月 日	療養区分	1 入院 2 外来
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養に要した費用	円
医療機関・薬局名 及びその住所			

マイナンバーカードの健康保険証等を使用しなかった理由

* 請求の理由及び必要な添付書類に必ず☑をしてください。書類が不足している場合は提出書類一式をお返しします。

請求の理由	必要な添付書類	※確認 (共済)	請求の理由	必要な添付書類	※確認 (共済)
<input type="checkbox"/> 治療用装具を購入した	<input type="checkbox"/> 意見書、装着証明書の原本 <input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 装具の写真※靴型装具の場合は必要		<input type="checkbox"/> はり・きゆう・マツサージの施術を受けた	<input type="checkbox"/> 施術料金領収済明細書 <input type="checkbox"/> 医師の同意書の原本 ※6か月ごとに必要 <input type="checkbox"/> 施術報告書の写し※施術報告料が加算されている場合は必要	
<input type="checkbox"/> 弾性着衣を購入した	<input type="checkbox"/> 装着指示書の原本 <input type="checkbox"/> 領収書の原本		<input type="checkbox"/> 病院等にて自費で治療を受けた (理由:)	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト)の原本 <input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 調査に関わる同意書※海外療養のみ必要 <input type="checkbox"/> 渡航確認書類の写し※海外療養のみ必要	
<input type="checkbox"/> 小児弱視用治療用眼鏡等を購入した	<input type="checkbox"/> 作成指示書の原本 <input type="checkbox"/> 領収書の原本				
<input type="checkbox"/> 他健保からの請求替え	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト)の原本 <input type="checkbox"/> 医療費を返還をした領収書等の原本				

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合愛媛支部長 様

年 月 日

組合員

住所

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと確認し、提出します。

公立学校共済組合愛媛支部長 様

年 月 日

所属所長

職名

氏名

所属所受付欄	共済受付欄	※決定額	療養費	日	円
			家族療養費	日	円
			一部負担金払戻金	日	円
			家族療養費附加金	日	円
			入院時食事療養費	日	円
			入院時食事生活療養費	日	円
			高額療養費	日	円
合計額				円	

1 請求書は、各個人、受診月、医療機関、入院外来ごとに作成してください。

2 ※印欄は記入しないでください。

3 年号については、和暦で記入してください。