|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療　養　費  　　　　　　　　　　　請求書  家族療養費 | | | | | | | | | | | | 共済組合受付印 | |
|  | |
| 組合員証  記号番号 | 公立福岡 | | | | 所属所名 | | | |  | | | | |
| 組合員氏名 |  | | | | 療養者氏名 | | | |  | | | | |
| 傷病の原因  右のいずれかに○をつけてください |  | 公務上・通勤災害 | | |  | | | | | | | | |
|  | 交通事故・第三者加害行為 | | |
|  | 公務外・私傷病 | | |
|  | 【装具等を購入した場合】 | | | |  | | | | | | | | |
| 医師が作成を指示した日 | | | 年　　月　　日 | | | | 購入に要した費用 | | | 円 | | |
| 組合員証を使用できなかった理由  右のいずれかに○をつけ、必要事項を記入してください |  | 治療用装具（装具名　　　　　　　　　　　　　　）を購入したため | | | | | | | | | | | |
|  | 弾性着衣（着衣名　　　　　　　　　　　、枚数　　着）を購入したため | | | | | | | | | | | |
|  | 小児弱視治療用眼鏡又はコンタクトを購入したため | | | | | | | | | | | |
| 【自費診療した場合】 | | | |  | | | | | | | | |
| 療養期間 | | 年　 月 　日から  　　　 年 　月 　日まで | | | 日数  　　　日 | | 療養に要した費用 | | | 円 | | |
|  | 緊急その他やむを得ない事情により組合員証を提示できず自費診療したため  提示できなかった理由：  受診した医療機関名：  傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　初診日：　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | 公立学校共済組合福岡支部の資格を取得したが、誤って前の保険証で医療機関を受診し、前の保険者に医療費を返還したため  前の保険者名： | | | | | | | | | | | |
|  | 海外で診療を受けたため　国名：　　　　　　　　　通貨名： | | | | | | | | | | | |
|  | その他（理由を記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。  公立学校共済組合福岡支部長　殿  令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　ＴＥＬ　 (　　　　)－(　　　　)－(　　　　)  　　　　　　　　　　　　　　　〒  請求者　　　　住所  （記名押印又は署名）　氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 記入例・添付書類は裏面参照   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 担当者 | ふりがな |  |  | | 氏名 |  | | 所属所電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 支給決定額  ※共済組合記入欄 | | | 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 | | |  |
| ［記入例（装具購入による請求の場合）］ | | | | | | | | | | | |  | |
| 組合員証  記号番号 | 公立福岡　　０１２３４５６ | | | | 所属所名 | | | | 福岡市立共済小学校 | | | | |
| 組合員氏名 | 共済　太郎 | | | | 療養者氏名 | | | | 共済　花子 | | | | |
| 傷病の原因  右のいずれかに○をつけてください |  | 公務上・通勤災害 | | |  | | | | | | | | |
|  | 交通事故・第三者加害行為 | | |
|  | 公務外・私傷病 | | |
|  | 【装具等を購入した場合】  ○ | | | | 領収証の額  医証等に記載の作成指示日を記入 | | | | | | | | |
| 医師が作成を指示した日 | | | 令和○年　８月　５日 | | | | 購入に要した費用 | | | １２,０００　円 | | |
| 組合員証を使用できなかった理由  該当する理由に丸を付け、必要事項を記入  右のいずれかに○をつけ、  必要事項を記入してください |  | 治療用装具（装具名　腰椎装具　　　　　）を購入したため | | | | | | | | | | | |
|  | 弾性着衣（着衣名　　　　　　　　　　　、枚数　　着）を購入したため  ○ | | | | | | | | | | | |
|  | 小児弱視治療用眼鏡又はコンタクトを購入したため | | | | | | | | | | | |
| 【自費診療した場合】 | | | |  | | | | | | | | |
| 療養期間 | | 年　 月 　日から  　 年 　月 　日まで | | | 日数  　　　日 | | 療養に要した費用 | | | 円 | | |
|  | 緊急その他やむを得ない事情により組合員証を提示できず自費診療したため  提示できなかった理由：  受診した医療機関名：  傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　初診日：　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | 公立学校共済組合福岡支部の資格を取得したが、誤って前の保険証で医療機関を受診し、前の保険者に医療費を返還したため  前の保険者名： | | | | | | | | | | | |
|  | 海外で診療を受けたため　国名：　　　　　　　　　通貨名： | | | | | | | | | | | |
|  | その他（理由を記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

［添付書類］写しと記載があるものを除きすべて原本

○治療用装具を購入した場合・・・医証、領収証、見積書又は請求書

○弾性着衣を購入した場合　・・・装着指示書、領収書

○小児弱視治療用眼鏡を購入した場合　・・・作成指示書(写し)、装着後検査結果（作成指示書に記載のものでも可）、領収書

○組合員証を提示できず自費診療した場合　・・・診療報酬明細書、領収証等支払を証明できる書類

○前の保険者に医療費を返還した場合・・・前の保険者から送付された医療費返還通知関係一式、診療報酬

明細書、領収書等支払いを確認できる書類

○海外で診療を受けた場合・・・

・医科の場合：診療内容明細書(FormA)、領収明細書(FormB)、領収書（支払が確認できる書類）、パスポート

(身分事項の頁、出入国のスタンプが押印された頁)の写し、同意書

・歯科の場合：診療内容明細書(FormC)、領収明細書(FormB)、領収書（支払が確認できる書類）、パスポート

(身分事項の頁、出入国のスタンプが押印された頁)の写し、同意書

○その他　・・・療養内容が確認できる書類、支払った額が確認できる書類