

療養費等請求書

(療養費 ・ 家族療養費 ・ 高額療養費 ・ 移送費 ・ 家族移送費)

※共済記入欄			
※日数	日	総医療費	円
		決定金額	円

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	生年月日	傷病名	初診年月日
	昭和 平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日

傷病の原因（該当区分に○を付ける）		療養期間	
・ 私傷病 ・ 公務災害 ・ 第三者加害	理由	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	

療養に要した費用	請求金額	医療機関又は薬局名及びその住所	
		名称	住所
円	円		

組合員証を使用しなかった理由（左側に○を付ける）					
	治療用装具作成		小児用弱視眼鏡等		旧保険証等使用
	マイナ保険証等不携帯		はり・きゅう・あんまマッサージ		その他

移送の方法		移送の区間	
-------	--	-------	--

上記のとおり請求します。
公立学校共済組合岐阜支部長 様

令和 年 月 日

住所

請求者

氏名

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

所属所名

職・氏名

所属所長

TEL () -

- 注
- 1 ※印欄は、記入しないでください。

2 移送費を請求の場合は、
自動車会社(自動車の大きさ、距離記入のもの)等の領収書を添付してください。

3 領収書等は、原本を添付してください。

4 請求者氏名は自署とします。(記名押印も可)

5 所属所長欄は記入をお願いします。(ゴム印等可)

マイナ保険証等不携帯で10割負担した時や、旧保険証等を使った時の請求書を作成するときは、受診者、請求月、医療機関、入院・外来・調剤ごとにそれぞれ作成してください。

注意事項

療養費等請求書

(療養費 ・ 家族療養費 ・ 高額療養費 ・ 移送費 ・ 家族移送費)

※共済記入欄			
共済組合記入欄			
日数	日	決定金額	円

所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名
	請求者（組合員本人）の情報を入力		

療養者氏名	生年月日	傷病名	初診年月日
該当者の情報を入力 ※被扶養者でない方・共済組合非適用者は対象外			平成 令和 年 月 日

傷病の原因（該当区分に○）		療養期間	
私傷病 公務災害 第三者加害		療養期間は月ごとに記入 補装具購入の場合：医師の意見書（指示書）にある装具の必要を認めた日が療養期間	

療養に要した費用	請求金額	医療機関又は薬局名及びその住所	
療養に要した費用は全額 請求金額はその7割（未就学児の場合は8割）を記入 端数は切り捨て		名称	住所
		受診した病院の情報を記入 補装具購入の場合：医師の意見書（指示書）の整形外科	

10割負担で受診した場合：診療報酬明細書(レセプト)を添付 会計時にもらえる診療明細書又は医療費内訳書は不可(傷病名等の明記がないため) 診療報酬明細書を発行していない病院もあります。もらえなかった場合共済組合給付 担当までご連絡ください。			旧保険証等使用
---	--	--	---------

マイナ保険証等不携帯	はり・きゅう・あんまマッサージ	その他
------------	-----------------	-----

移送の方法	移送費の請求時のみ記入	移送の区間
-------	-------------	-------

上記のとおり請求します。 公立学校共済組合岐阜支部長 様		請求者とは組合員本人 自署又は記名押印とします
令和 年 月 日	請求者	住所 氏名

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	所属所名
	職・氏名
所属所長	TEL () -