

給付医療等様式第1号

共

療養費・家族療養費
 訪問看護療養費・家族訪問看護療養費
 移送費・家族移送費
 高額療養費
 家族療養費附加金・家族訪問看護療養費附加金
 組合員一部負担金払戻金

請求書

所属コード	組合員番号
所属所名	組合員氏名

療養者氏名	性別	続柄	公費助成	生年月日(組合員本人の場合は記入不要)		
	男 女		有 無	昭和 平成 令和	年 月 日	診療時の年齢 歳
傷病名				傷病の原因		
				[具体的に記入]		
初診年月日	令和 年 月 日	請求期間 (療養期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)			
	(補装具採寸・採型日)					
病院・診療所・薬局 指定訪問看護事業者	所在地 名称 代表者	1 保険医療機関 2 保険薬局 3 その他	診療区分	1 入院 2 外来(医科、歯科、 調剤等)		
移送年月日	令和 年 月 日	移送の区間		移送の方法		
組合員証 (組合員被扶養者証) を使用しなかった理由				医療に要した総費用	円	
請求金額	療養費 家族療養費	一部負担金払戻金 家族療養費附加金	高額療養費 入院時食事療養費	移送費 家族移送費		
	円	円	円	円	円	

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合群馬支部長 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

所属所長 職名

氏名

所属所受付年月日

所属所電話番号

共済組合受付日	(注) 1 治療用装具(コルセット・弱視用眼鏡等)の場合の療養費・家族療養費、移送費・家族移送費は、領収書と医師の意見書(同意書・診断書)を添付してください。 2 傷病の原因については、公務外・第三者加害以外である事が解るように具体的に記載してください。 3 組合員証等を使用しなかった理由について、具体的に記載してください。 4 療養費・家族療養費(治療用装具の場合を除きます)、高額療養費費は、診療報酬領収済明細書又は診療報酬明細書(レセプト)を添付してください。 5 訪問看護療養費・家族訪問看護療養費は、領収済訪問看護療養費明細書を添付してください。
---------	---