

療養費・家族療養費・移送費・家族移送費
 家族療養費附加金・一部負担金払戻金

請求書

所属所受付印

1 か月・医療機関/薬局・入院/外来ごとに1枚ずつ必要です。

受付印は省略不可

組合員	組合員氏名 組合員証番号	所属所名 所属所コード	請求金額	療養（移送）に要した費用 【かかった費用全額】	請求金額 【かかった費用の7又は8割】	
				円	円	
療養者 (移送者)	療養者氏名		療養者生年月日		受診(移送)時の年齢	
			昭・平・令 年 月 日		歳	
傷病	傷病名		傷病の原因（いずれかに○をしてください。）			
			公務外・その他			
			公務災害 ⇒ 公務上及び通勤災害認定後は請求不可			
		第三者加害 ⇒ 保険適用にする場合は当支部に要連絡				
療養費	療養期間			初診年月日 (不明の場合は療養期間の初日を記入)		
	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			令和 年 月 日		
	医療機関(薬局)名		医療機関(薬局)所在地			
	(区分 ⇒ 保険医療機関・保険薬局・その他)					
	請求の理由（いずれかに○をし、理由等を記入してください。）				添付書類	
		組合員証等を使用しなかった【理由】			・診療報酬明細書（レセプト） ・領収書（原本）	
	医師の指示により治療用装具を購入した【装具名】			・装具についての医師の診断書・意見書・作成指示書等 ・領収書（原本）		
	はり、きゅう、あんま、マッサージの施術を受けた			・医師の同意書 ・施術証明書兼施術料金領収明細書		
移送費	移送の承認年月日		移送の区間	移送の方法		
	令和 年 月 日					
※決定額 (共済組合使用欄)	法定給付 ※定率負担分	医療費総額	負担割合	給付額	入/外	
		円 × $\frac{\quad}{100} =$		円	入院 日 外来 日	
	附加給付	医療費総額	負担割合	自己負担額（定率）【A】	高額療養費	
		円 × $\frac{\quad}{100} =$		円	標準報酬月額 万円 区分 ア・イ・ウ・エ	
	自己負担額	基礎控除額	附加給付額【B】	円		
	円 - 【25,000円・50,000円】 =		円	円		
互助組合 給付額	【A】	【B】	給付額	入院時食事療養費		
	(- 2,500円) × $\frac{1}{2} =$		円	円		
上記のとおり請求します。						
公立学校共済組合広島支部長		様	住所			
(一財)広島県教育職員互助組合理事長			請求者			
令和 年 月 日		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						
所属所長 職・氏名						