

記入例① 組合員証等を使用せず全額支払ったとき

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



受付印は省略不可

1 か月・医療機関/薬局・入院/外来ごとに1枚ずつ必要です。

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】	
	広島 一郎						〇〇小学校						15,620 円	10,934 円		
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5					
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		
	広島 共夫											昭平 令 20年7月20日		12 歳		
	傷病名											傷病の原因（いずれかに○をしてください。）				

療養期間は、その月に受診した初日から受診最終日を記入

急性上気道炎											<input checked="" type="radio"/> 公務外・その他 <input type="radio"/> 公務災害 ⇒ 公務上及び通勤災害認定後は請求不可 <input type="radio"/> 第三者加害 ⇒ 保険適用にする場合は当支部に要連絡	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

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 3年 5月 24日から令和 3年 5月 28日まで											令和 3年 5月 24日	

医療機関(薬局)名						医療機関(薬局)所在地					
〇〇病院 (区分 ⇒ 保険医療機関 ・保険薬局・その他)						〇〇市〇〇区〇〇町一丁目9-8					

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	
<input checked="" type="radio"/> 組合員証等を使用しなかった【理由 被扶養者認定手続き中のため 】											・診療報酬明細書（レセプト） ・領収書（原本）	
<input type="radio"/> 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）	
<input type="radio"/> 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		
	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
 (一財)広島県教育職員互助組合理事長
 令和 3年 6月 3日 請求者 住所 〇〇市〇〇町一丁目2-3
 氏名 広島 一郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 令和 3年 6月 3日
 所属所名 〇〇市立〇〇小学校長
 所属所長 職・氏名 校長 公立 薫

記入例② 治療用装具を購入したとき

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

受付印を必ず
押すこと！

受付印は省略不可

1 か月・医療機関/薬局・入院/外来ごとに 1 枚ずつ必要です。

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】		
	広島 一郎						〇〇小学校						23,000 円	16,100 円			
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5						
(移送者)	療養者氏名						療養者生年月日					受診(移送)時の年齢					
	広島 一郎						昭・平・令 53 年 6 月 16 日					43 歳					
傷病名						傷病の原因（いずれかに○をしてください。）											
療養期間は、開始日・終了日ともに、診断書等の中の「医師が装具を必要と認めた日」を記入						左膝半月板損傷						<input type="radio"/> 公務外・その他					
												<input type="checkbox"/> 公務災害 ⇒ 公務上及び通勤災害認定後は請求不可					
												<input type="checkbox"/> 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 3 年 6 月 24 日から令和 3 年 6 月 24 日まで						令和 3 年 6 月 24 日										
	医療機関(薬局)名						医療機関(薬局)所在地										
	〇〇病院 (区分 ⇒ <input checked="" type="radio"/> 保険医療機関・保険薬局・その他)						〇〇市〇〇区〇〇町一丁目 9-8										
	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										
<input type="checkbox"/> 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）											
<input checked="" type="radio"/> 医師の指示により治療用装具を購入した【装具名 左膝装具 D 軟性】						・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		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		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		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 (一財)広島県教育職員互助組合理事長 令和 3 年 7 月 9 日			様 請求者			住所 〇〇市〇〇町一丁目 2-3 氏名 広島 一郎											
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																	
令和 3 年 7 月 12 日			所属所名 〇〇市立〇〇小学校長 所属所長 職・氏名 校長 公立 薫														

記入例③ はり・きゅう・あんま・マッサージの施術を受けたとき

所属所受付印

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

受付印を必ず
押すこと！

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】	
	広島 一郎	〇〇小学校		20,000 円	14,000 円	
	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5				
（移送者）	療養者氏名		療養者生年月日		受診（移送）時の年齢	
	広島 一郎		昭 平・令 53 年 6 月 16 日		42 歳	
	傷病名		傷病の原因（いずれかに○をしてください。）			
療養期間は、その月の施術初日から施術最終日を記入		頸腕症候群		<input type="radio"/> 公務外・その他 <input type="checkbox"/> 公務災害 ⇒ 公務上及び通勤災害認定後は請求不可 <input type="checkbox"/> 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 3 年 4 月 2 日から令和 3 年 4 月 27 日まで				令和 3 年 3 月 19 日	
	医療機関(薬局)名		医療機関(薬局)所在地			
	〇〇整骨院 (区分 ⇒ 保険医療機関・保険薬局・ <u>その他</u>)		〇〇市〇〇区〇〇町三丁目 2-3			
	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）	
	<input checked="" type="radio"/> 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	入院時食事療養費 円		
	互助組合給付額	【A】	【B】	給付額	円	
	(- 2,500 円) × $\frac{1}{2} =$			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 (一財)広島県教育職員互助組合理事長 様 住所 〇〇市〇〇町一丁目 2-3 令和 3 年 7 月 10 日 請求者 氏名 広島 一郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 3 年 7 月 10 日 所属所名 〇〇市立〇〇小学校長 所属所長 職・氏名 校長 公立 薫						

記入例④ 緊急で病院に移送されたとき

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



受付印は省略不可

1 か月・医療機関/薬局・入院/外来ごとに 1 枚ずつ必要です。

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】						
	広島 一郎	〇〇小学校		14,800円	10,360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						
	広島 共夫		昭・平・令 20年 7月 20日		12 歳						
傷病	傷病名		傷病の原因（いずれかに○をしてください。）								
	髄膜炎		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 3年 7月 8日		〇〇市〇〇病院から 〇〇市国立〇〇病院		介護タクシー						
※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	×	$\frac{\quad}{100} =$	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	×	$\frac{\quad}{100} =$	標準報酬月額 万円 区分 ア・イ・ウ・エ						
互助組合 給付額	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							
	（【A】 - 【B】 - 2,500円）	×	$\frac{1}{2} =$	円							
入院時食事療養費 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 (一財)広島県教育職員互助組合理事長 令和 3年 7月 19日 請求者 住所 〇〇市〇〇町一丁目2-3 氏名 広島 一郎											
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。											
令和 3年 7月 19日 所属所名 〇〇市立〇〇小学校長 所属所長 職・氏名 校長 公立 薫											