

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 組合員等番号	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	
	☐	マイナ保険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	－ 【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 氏名 令和 年 月 日						
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						