

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

1 か月・医療機関/薬局・入院/外来ごとに 1 枚ずつ必要です。

所属所受付印

受付印を必ず  
押すこと！

受付印は省略不可

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                             |                           |   |   |   |   |                |       |   |       |              |                                                                                                                                               |                                                                                                             |                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---|---|---|---|----------------|-------|---|-------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| 組合員                                                                                                     | 組合員氏名<br>組合員等番号                                                                                                                                                             |                           |   |   |   |   | 所属所名<br>所属所コード |       |   |       |              | 請求金額                                                                                                                                          | 療養（移送）に要した費用<br>【かかった費用全額】                                                                                  | 請求金額<br>【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            |                                                                                                                                               |                                                                                                             |                            |  |
| (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・ <b>平</b> 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。）                                                                                                                         |                                                                                                             |                            |  |
|                                                                                                         | 急性上気道炎                                                                                                                                                                      |                           |   |   |   |   |                |       |   |       |              | <input checked="" type="radio"/> 公務外・その他<br><input type="radio"/> 公務災害 ⇒ 公務上及び通勤災害認定後は請求不可<br><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 |                                                                                                             |                            |  |
| 療養費                                                                                                     | 療養期間                                                                                                                                                                        |                           |   |   |   |   |                |       |   |       |              |                                                                                                                                               | 初診年月日<br>(不明の場合は療養期間の初日を記入)                                                                                 |                            |  |
|                                                                                                         | 令和 ○年 5 月 24 日から令和 ○年 5 月 28 日まで                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |                |       |   |       |              |                                                                                                                                               | 令和 ○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<br>(区分 ⇒ <b>保険医療機関</b> ・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。）                                                                                                                                               |                           |   |   |   |   |                |       |   |       |              |                                                                                                                                               |                                                                                                             |                            |  |
|                                                                                                         | <input checked="" type="radio"/> マイナ保険証等を使用しなかった【理由 <b>被扶養者認定手続き中のため</b> 】<br><input type="radio"/> 医師の指示により治療用装具を購入した【装具名<br><input type="radio"/> はり、きゅう、あんま、マッサージの施術を受けた |                           |   |   |   |   |                |       |   |       |              |                                                                                                                                               | 添付書類<br>・診療報酬明細書（レセプト）<br>・領収書（原本）<br>・装具についての医師の診断書・意見書・作成指示書 等<br>・領収書（原本）<br>・医師の同意書<br>・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<br>※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<br>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<br>区分 ア・イ・ウ・エ    |  |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                             | 自己負担額                     |   |   |   |   |                | 基礎控除額 |   |       | 附加給付額【B】     |                                                                                                                                               |                                                                                                             | 円                          |  |
| 互助組合<br>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。<br>公立学校共済組合広島支部長<br>(一財)広島県教育職員互助組合理事長 様<br>令和 ○年 6 月 3 日 請求者 住所 〇〇市〇〇町一丁目 2-3<br>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。<br>令和 ○年 6 月 3 日<br>所属所名 〇〇市立〇〇小学校長<br>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<br>組合員等番号                  |                             |   |   |   |   | 所属所名<br>所属所コード |   |   |   |                  | 請求金額                                                                                                                                          | 療養（移送）に要した費用<br>【かかった費用全額】 | 請求金額<br>【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                   |                                        |  |
| 療養費                                                                                                     | 傷病名                              |                             |   |   |   |   |                |   |   |   |                  | 傷病の原因（いずれかに○をしてください。）                                                                                                                         |                            |                        |                                        |  |
|                                                                                                         | 左膝半月板損傷                          |                             |   |   |   |   |                |   |   |   |                  | <input checked="" type="radio"/> 公務外・その他<br><input type="radio"/> 公務災害 ⇒ 公務上及び通勤災害認定後は請求不可<br><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<br>(不明の場合は療養期間の初日を記入)                                                                                                                   |                            |                        |                                        |  |
|                                                                                                         | 令和 ○年 6 月 24 日から令和 ○年 6 月 24 日まで |                             |   |   |   |   |                |   |   |   |                  | 令和 ○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<br>(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"/> 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）<br>・領収書（原本）             |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>・領収書（原本） |  |
| <input type="checkbox"/> 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<br>・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<br>※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<br>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<br>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<br>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。<br>公立学校共済組合広島支部長 様<br>(一財)広島県教育職員互助組合理事長<br>令和 ○年 7 月 9 日 請求者 住所 〇〇市〇〇町一丁目 2-3<br>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。<br>令和 ○年 7 月 12 日<br>所属所名 〇〇市立〇〇小学校長<br>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

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<br>組合員等番号                                          |                                  |   |   |   |   | 所属所名<br>所属所コード |   |   |   |                                                                                                                                          | 請求金額                                   | 療養（移送）に要した費用<br>【かかった費用全額】 | 請求金額<br>【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                                                                                                                                        |                                        |                            |                        |
| (療養者<br>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<br>初日から施術最終日を記入                                                                            |                                                          |                                  |   |   |   |   |                |   |   |   | <input type="radio"/> 公務外・その他<br><input type="checkbox"/> 公務災害 ⇒ 公務上及び通勤災害認定後は請求不可<br><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<br>(不明の場合は療養期間の初日を記入)            |                            |                        |
|                                                                                                         | 令和 ○年 4 月 2 日から令和 ○年 4 月 27 日まで                          |                                  |   |   |   |   |                |   |   |   |                                                                                                                                          | 令和 ○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<br>(区分 ⇒ 保険医療機関・保険薬局・その他)                          |                                  |   |   |   |   |                |   |   |   |                                                                                                                                          | 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                                   |                            |                        |
|                                                                                                         | 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）<br>・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<br>・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<br>・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<br>※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<br>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<br>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<br>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。<br>公立学校共済組合広島支部長 様<br>（一財）広島県教育職員互助組合理事長<br>令和 ○年 7 月 10 日 請求者 住所 〇〇市〇〇町一丁目2-3<br>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。<br>令和 ○年 7 月 10 日<br>所属所名 〇〇市立〇〇小学校長<br>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

1 か月・医療機関/薬局・入院/外来ごとに1枚ずつ必要です。

所属所受付印

受付印を必ず  
押すこと！

受付印は省略不可

|                                                                                                                       |                                                 |                             |   |   |   |   |                        |   |   |   |                             |                                                    |                            |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| 組合員                                                                                                                   | 組合員氏名<br>組合員等番号                                 |                             |   |   |   |   | 所属所名<br>所属所コード         |   |   |   |                             | 請求金額                                               | 療養（移送）に要した費用<br>【かかった費用全額】 | 請求金額<br>【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                |
|                                                                                                                       | 1                                               | 2                           | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5                           |                                                    |                            |                        |
| 療養者<br>(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                                             |                             |   |   |   |   |                        |   |   |   |                             | <input type="checkbox"/> 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<br>(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。）                   |                             |   |   |   |   |                        |   |   |   |                             |                                                    |                            |                        |
|                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 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）<br>・領収書（原本）                         |                            |                        |
|                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 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<br>・領収書（原本）             |                            |                        |
| <input type="checkbox"/> 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<br>・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 7月 8日                                     |                             |   |   |   |   | 〇〇市〇〇病院から<br>〇〇市国立〇〇病院 |   |   |   | 介護タクシー                      |                                                    |                            |                        |
| ※決定額<br>(共済組合使用欄)                                                                                                     | 法定給付<br>※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<br>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<br>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<br>給付額                                                                                                           | 【A】 【B】 給付額                                     |                             |   |   |   |   |                        |   |   |   | 入院時食事療養費                    |                                                    |                            |                        |
|                                                                                                                       | ( - 2,500円) × $\frac{1}{2}$ = 円                 |                             |   |   |   |   |                        |   |   |   | 円                           |                                                    |                            |                        |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合広島支部長 様 住所 〇〇市〇〇町一丁目2-3</p> <p>(一財)広島県教育職員互助組合理事長 請求者 氏名 広島 一郎</p> <p>令和 ○年 7月 19日</p> |                                                 |                             |   |   |   |   |                        |   |   |   |                             |                                                    |                            |                        |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 ○年 7月 19日</p> <p>所属所名 〇〇市立〇〇小学校長</p> <p>所属所長 職・氏名 校長 公立 薫</p>                   |                                                 |                             |   |   |   |   |                        |   |   |   |                             |                                                    |                            |                        |