

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 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	療養者性別	療養者生年月日		受診(移送)時の年齢
	広島 共夫	男・女	昭平令 20 年 7 月 20 日		12 歳

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

- ☐ 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 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
	☒ 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)
	☐ 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	
	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
(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						療養者性別					療養者生年月日		受診(移送)時の年齢		
	広島 一郎						男・女					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。）			
左膝半月板損傷													○ 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 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										〇〇市〇〇区〇〇町一丁目9-8					
	(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。）															
	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 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										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
(一財)広島県教育職員互助組合理事長
令和 3 年 7 月 9 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 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

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			
療養者 (移送者)	療養者氏名	療養者性別	療養者生年月日	受診(移送)時の年齢	
	広島 一郎	男・女	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 頰腕症候群			☐ 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・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
☐	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	- 【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 (一財)広島県教育職員互助組合理事長 令和 3 年 7 月 10 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 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

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 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
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5			
(移送者)	療養者氏名						療養者性別					療養者生年月日		受診(移送)時の年齢
	広島 共夫						男・女					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）		
移送費	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 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 円 × $\frac{\quad}{100}$ = 円										入/外 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】 円 × $\frac{\quad}{100}$ = 円										高額療養費 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 (- 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														