

記入例2: やむを得ず医療費を全額自己負担した場合 療養費等請求書

組合員証 記号番号	公立 北海道 012345 枝番(00)	所属所名	〇〇町立〇〇小学校
組合員氏名	公立 太郎	療養者氏名	公立 太郎 続柄(本人)
療養者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 63年4月10日 <input type="checkbox"/> 平成	療養者の	
傷病名	急性〇〇〇炎	療養期間 医療機関等を受診した日(当該月の初めて受診した日 から最後に受診した日まで)を記入してください。	
初診年月日	<input type="checkbox"/> 平成 4年1月1日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者加害行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他
療養期間	令和 4年1月1日 から 令和 4年1月2日 まで		
医療機関 等名又は薬 局名及び その住所	<input type="checkbox"/> 〇〇市救急救命センター ----- 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他
療養に要 した費用	27,860 円	備考欄	療養に要した費用 領収書の金額を記入してください。
組合員証 を使用しな かった理由	<input checked="" type="checkbox"/> <u>医療費を全額自己負担した</u> <input type="checkbox"/> 海外滞在中に医療機関を受診した <input type="checkbox"/> 以前加入していた健康保険組合に医療費を返納した <input type="checkbox"/> 治療用の装具を購入した <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等を購入した <input type="checkbox"/> 弾性着衣等を購入した <input type="checkbox"/> その他 ()		
移送に ついて	移送の承認年月日	令和 年 月 日	組合員証を使用しなかった理由 「医療費を全額自己負担した」にレ 点を付けてください。
(移送費を請求す る場合のみ記入 してください。)	移送の区間		
	移送の方法		
支部受付印	上記のとおり請求します。 公立学校共済組合北海道支部長 様 令和 4年1月14日 〒 000 - 0000 TEL (0000) 11 - 2222 住 所 〇〇町△△1丁目2-3-4 請 求 者 氏 名 公立 太郎		
請求者 請求者は組合員となり ます。			

やむを得ず組合員証等を使用せず医療機関等を受診し、医療費を全額自己負担した場合の添付書類

- ・医療機関等から受領した診療(調剤)報酬明細書(いわゆる「レセプト」)
- ・領収書の原本又は診療報酬領収済明細書(施行規程様式第27号の1、第27号の2又は第27号の3)