


## 記入例5: 治療上必要な弾性着衣等を購入した場合 療養費等請求書

組合員証 記号番号	公立 北海道 <b>012345</b> 枝番(00)	所属所名	〇〇町立〇〇小学校
組合員氏名	<b>公立 太郎</b>	療養者氏名	<b>共済 組子</b> 続柄(母)
療養者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <b>32年 7月 28日</b>	療養者の 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
傷病名	<b>悪性腫瘍によるリンパ節郭清術後の 〇〇部リンパ浮腫</b>	療養期間 医師が弾性着衣等の着用を指示した日を 記入してください。(至年月日は不要)	
初診年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <b>30年 5月 16日</b> <input type="checkbox"/> 令和	<input checked="" type="checkbox"/> その他	
療養期間	令和 <b>4年 1月 7日</b> から	令和	年 月 日 まで
医療機関 等名又は薬 局名及び その住所	<b>株式会社〇〇〇〇</b> ----- <b>〇〇市〇〇1-2-3</b>	医療機関等名 購入した店舗の名称及び住所 を記入してください。	区分 <input type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input checked="" type="checkbox"/> その他
療養に要 した費用	<b>9,800</b> 円	療養に要した費用 弾性着衣等の領収書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 type="checkbox"/> 医療費を全額自己負担した <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"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等を購入した <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 海外滞在中に医療機関を受診した <input type="checkbox"/> 治療用の装具を購入した <input checked="" type="checkbox"/> <u>弾性着衣等を購入した</u>		
移 送 に つ い て	<input type="checkbox"/> 移送費を請求す る場合のみ記入 してください。	移送の承認年月日	令和 年 月 日
		移送の区間	
		移送の方法	
請求者 請求者は組合員となり ます。		組合員証を使用しなかった理由 「弾性着衣等を購入した」にレ点を付け てください。	
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 <b>4年 5月 2日</b> 〒 <b>000 - 0000</b> TEL ( <b>0000</b> ) <b>11 - 2222</b> 住 所 <b>〇〇町△△1丁目2-3-4</b> 請 求 者 氏 名 <b>公立 太郎</b>			

### 治療上必要な弾性着衣等を購入した場合の添付書類

- ・弾性着衣等の装着指示書の原本(医療機関等が発行したもの又は別紙様式第3号の7)
- ※弾性包帯の場合は弾性着衣が使用できない理由が明記されていること。
- ・購入のために支払った領収書の原本(弾性着衣等の種類と購入数の記載があるもの)