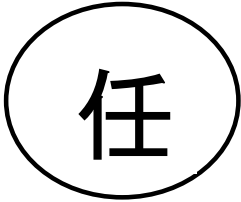


療養費（移送費）
家族療養費（家族移送費）
一部負担金払戻金
家族療養費附加金

請 求 書

決定額	別紙のとおり
-----	--------



※治・外・入・歯・眼

※印の欄は記入しないでください。

記 号 番 号	公 立 茨 城 号	フ リ ガ ナ 組 合 員 氏 名			所 属 所 名		
任意継続資格取得 年 月 日	令和 年 月 日		任意継続資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日			
標 準 報 酬 月 額	※ 等級 円		フ リ ガ ナ 療 養 者 名			続 柄	
療養者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		初診年月日	平成 令和 年 月 日			
傷 病 名							
傷 病 の 原 因	(具体的に)						
医 療 機 関 受 診 日 (療 養 期 間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日						
療養に要した費用	円		請 求 金 額	法 定 一 部 負 担 金 附 加 金	円		
				※	円		
自 費 で 療 養 を 受 け た 理 由	(具体的に)						
移 送 の 区 間					移送の 方 法		
治療用装具を装着 した場合の医師の 意見欄	患 者 名			傷 病 名			
	治療用装 具の名称						
	医師の意見欄 (必ず記入)						
	採 型 日	令和 年 月 日		装 着 日	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		医療機関名及び 所在地 医師の氏名 (印)				
※治療用装具作 成証明書等(原本) の提出により、こ の欄の記載は不 要							
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名							
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 職 名 所属所長 氏 名 (印)							
自 宅 住 所		(〒 -) (電話番号)					

- (1) 傷病の原因は、時期・場所等具体的に記入してください。
(2) 請求者の氏名は、自筆で記入してください。
(3) 続柄の欄は、長男・長女等で記入してください。
(4) 旧所属所は通さず直接共済組合へ送付してください(添付書類については裏面を確認してください。)

療養費・家族療養費の請求について

任意継続組合員又は被扶養者が病気又は負傷したときに、次の要件により、自費で療養を受けた場合において、支部長が必要と認めたときに、任意継続組合員の請求に基づいて支給されます。※公務による病気又は負傷を除く。

(1) マイナ保険証又は資格確認書を次の事由等で使用できず、医療費の全額を自己負担した場合 (対象:保険適用の療養のみ)

- ・保険医療機関の無い地域で療養を受けたとき
 - ・旅行先で病気にかかり、マイナ保険証等を所持していなかったとき
 - ・資格取得手続き中に自費で診療を受けたとき
- 等

《請求に必要な書類》

- ① 療養費・家族療養費請求書(医療機関、科、月ごとに1枚)
- ② 領収書の原本
- ③ 診療報酬明細書(レセプト)※1※2※3
 - ※1 調剤薬局の場合は『調剤報酬明細書(レセプト)』
 - ※2 医療機関で取得し、封筒を開封せずそのまま提出してください
 - ※3 診療明細書等とは異なります

(2) 治療用装具を購入した場合

治療用装具の購入費用が支給対象となる要件

関節用装具、コルセット、サポーター、小児弱視等治療用眼鏡(コンタクトレンズ)、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ(スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症による購入のみ)、四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等の治療用装具を、医師が治療遂行上、装着が必要であると認め、補装具製作事業者等から購入して装着したときに、支給の対象となります。日常生活や職業上の必要性によるもの、あるいは美容の目的で使用されるものは対象となりません。

《請求に必要な書類》

- ① 療養費・家族療養費請求書
- ※② 保険医療機関から交付された、傷病によって治療用装具の装着が必要であると認め装着を確認した証明書の原本
- ③ 補装具製作事業者等が発行した、治療用装具の領収書の原本
- ④ 靴型装具の場合のみ、実際に使う靴型装具の写真

※弾性着衣の場合は、弾性着衣等装着指示書