

療 養 費
家 族 療 養 費
高 額 療 養 費
一部負担金払戻金
家族療養費附加金

請 求 書

所 属 コ ー ド

決 定 額	療 養 費 ・ 家 族 療 養 費 ※	円		
	高 額 療 養 費 ※	円		
	一部負担金払戻金・家族療養費附加金 ※	円		
	そ の 他 () ※	円		
診 療 月	月	診 療 日 数	日	入院 外来

組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公 立 岩						
		所 属 所 名							
療 養 者 氏 名		療 養 者 生 年 月 日	S・H・R	年	月	日	続 柄		
傷 病 名		療 養 者 資 格 取 得 年 月 日	S・H・R	年	月	日			
傷 病 の 原 因		医 療 機 関 名 及 び 住 所	保険医療機関・保険薬局・その他						
初 診 年 月 日	平成・令和	年	月	日	請 求 金 額	療 養 費 ・ 家 族 療 養 費	円		
療 養 期 間	自 平成・令和	年	月	日		高 額 療 養 費	円		
	至 平成・令和	年	月	日		一部負担金払戻金・家族療養費附加金	円		
療 養 に 要 し た 費 用	円					そ の 他 ()	円		

医 師 の 証 明	傷病名及び意見
治 療 用 補 装 具 を 必 要 と す る 意 見	治 療 用 装 具 の 名 称 採 型 (採 寸) 日 年 月 日 装 着 日 年 月 日
上記治療用補装具の装着により、治療効果が認められることから装着を必要と認める 令和 年 月 日 住 所 医療機関名 医 師 氏 名	

移 送 の 区 間		移 送 の 方 法	
-----------	--	-----------	--

組 合 員 証 等 を 使 用 し な か っ た 理 由 (詳 細 に)	
---	--

上記のとおり申告します。 公立学校共済組合岩手支部長 様 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 (〒 -) (TEL - -) 所 属 所 所 在 地 所 属 所 名 職 名 所 属 所 長 氏 名	所 属 所 受 理 年 月 日 令 和 年 月 日
--	------------------------------

(注) 組合員証等を使用しなかった理由は、具体的に書いてください。