

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		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		
所 属 コ ー ド		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	入 院 ・ 外 来	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	治 療 用 装 具 の 名 称							
を 必 要 と す る	採 型 (採 寸) 日 年 月 日							
意 見	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					
保 険 証 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) 保険証を使用しなかった理由は、具体的に書いてください。