

共

所 属 コ ー ド		療 養 費		請 求 書		決 定		療 養 費・家 族 療 養 費		※	円	
		家 族 療 養 費				高 額 療 養 費		※		円		
		高 額 療 養 費				一部負担金払戻金・家族療養費附加金		※		円		
		一部負担金払戻金 家族療養費附加金				額 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						
療 養 者 氏 名				所 属 所 名								
傷 病 名				療 養 者 生 年 月 日		S · H · R 年 月 日		S · H · R 年 月 日		S · H · R 年 月 日		続柄
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		療 養 費・家 族 療 養 費						円
療 養 期 間		自 平成・令和 年 月 日		入 院		高 額 療 養 費						円
		至 平成・令和 年 月 日		外 来		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				額 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		治療用装具の名称										
意 見		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						
保 険 証 を 使 用 し な か 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 (元) (TEL)												
所 属 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。