

療 養 費  
家 族 療 養 費  
高 額 療 養 費  
請 求 書  
一 部 負 担 金 払 戻 金  
家 族 療 養 費 附 加 金

|          |
|----------|
| 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 証 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 |
| 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 を 必 要 と す る 意 見  | 治 療 用 装 具 の 名 称<br>採 型 ( 採 寸 ) 日 年 月 日<br>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<br>令 和 年 月 日 住 所<br>医 療 機 関 名<br>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 い の も の と 認 め ます。<br>令 和 年 月 日 ( 〒 - ) ( TEL - )<br>所 属 所 所 在 地<br>所 属 所 名<br>職 名<br>所 属 所 長 氏 名 | 所 属 所 受 理 年 月 日<br>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。