

療養費請求書

家庭療養費
高額療養費
一部負担金払戻金
家族療養費附加金

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
	その他の()	※	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			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							
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		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	円			その他の()	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(注1)	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						
マイナ保険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										

<添付書類> 原本を提出してください。

- ・治療用装具購入の場合:領収書・治療用装具製作指示装着証明書(注1に証明がある場合は写し)
- ・はり・きゅう・按摩・マッサージを受けた場合:領収書・療養費支給申請書・(医師の同意書・施術報告書(写))
- ・医療機関で10割負担した場合:領収書・診療(調剤)報酬明細書