

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

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					
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 ・ 外来	請 求 金 額	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 (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