

(給付様式第9-1号)

療養費  国内  
 家族療養費  海外

請求書

請求の時効は事由発生から2年です。

(共済使用欄)  
調剤合算 あり なし

組合員等 記号・番号	公立 神奈川						ふりがな	
							組合員氏名	
所属コード4桁							ふりがな	
所属所名							療養者氏名	
所属所電話	- -						療養者生年月日	年 月 日
総医療費	円						事由発生年月日 (※1)	年 月 日 ~ 日 計 日
給付金額 (共済使用欄)	円						事由発生時の 療養者の年齢	歳 給付割合(共済使用欄) 7割・8割
傷病の原因 (※2) (該当の番号に○をし てください)	1 公務中 2 通勤途上 3 第三者加害行為 4 それ以外						傷病名	
							公費助成の種類 (※3)	1 あり ( ) 2 なし
診療区分 (※4) (該当の番号に○をし てください)	1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 治療用装具 6 鍼灸 7 その他							
病院の 名称及び所在地 (※5)	名称 所在地						※ 院外処方された場合は薬局名も記入	
薬局の 名称及び所在地 (※5)	名称 所在地						※ 院外処方された場合は病院名も記入	
請求理由 (該当の番号に○をし てください)	1 組合員証・被扶養者証を提示せずに、医療機関を受診した 2 資格取得前の保険証で医療機関を受診し、医療費を前の保険者に返還した 3 医師が治療上必要と認めた治療用装具を購入した 4 その他( )							
上記のとおり、必要書類を添えて請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 年 月 日 請求者 組合員氏名 (署名)								

- (※1) 各月の受診日を記入してください。治療用装具の場合は、医師の指示日を記入してください。
- (※2) 傷病の原因が1~3の場合は、原則、請求できません。
- (※3) 市区町村から医療証等が交付されている場合は「あり」を選択し、医療証名を記入してください。
- (※4) 診療区分(医療機関)ごと、月ごとに請求書と添付書類(注2)が必要です。
- (※5) 院外処方された場合は医科と調剤を合算して計算するため、病院名と薬局名を記入してください。

(共済使用欄) は、記入不要です。  
 保険分のみ支給対象です。消費税は支給対象外です。治療用装具の場合、支給金額に上限があるものがあります。  
 請求理由1~3の場合、総医療費等と同額ではありません。

- (注1) 自己負担額  
 義務教育就学前：2割  
 義務教育~69歳まで：3割  
 70~74歳まで：2割または3割

- (注2) 添付書類 ※いずれも原本が必要です。  
 請求理由 領収書、レセプト (A4)  
 1及び2の場合：(傷病名が記載されているもの)  
 請求理由3の場合：領収書、医師の指示書等  
 ※原則、添付書類は返却しません。

<提出先・問合せ先>  
 〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1  
 公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ  
 電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

(給付様式第9-1号)

療養費  国内  
 家族療養費  海外

請求書

記入例  
組合員証等を提示  
せずに受診した場合

請求の時効は事由発生から2年です。

(共済使用欄)  
調剤合算 あり なし

組合員等 記号・番号	公立 神奈川	○	○	○	○	○	○	ふりがな	きょうせい たろう	
所属コード4桁	○	○	○	○				組合員氏名	共済 太郎	
所属所名	〇〇市立〇〇学校							療養者氏名	共済 花子	
所属所電話	市外局番	市内局番	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇						療養者生年月日	〇年 〇月 〇日
総医療費	00,000 円							事由発生年月日 (※1)	〇年 〇月 〇日 ~ 〇日 計 〇日	
給付金額 (共済使用欄)	円							事由発生時の 療養者の年齢	〇 歳	
傷病の原因 (※2) (該当の番号に○をし てください)	1 公務中 2 通勤途上 3 第三者加害行為 ④ それ以外							傷病名	インフルエンザ	
診療区分 (※4) (該当の番号に○をし てください)	1 入院 ② 外来 3 歯科 ④ 調剤 5 治療用装具 6 鍼灸 7 その他							公費助成の種類 (※3)	① あり ( 〇〇市 小児医療証 2 なし	
病院の 名称及び所在地 (※5)	名称	〇〇医院						※ 院外処方された場合は薬局名も記入		
	所在地	〇〇市〇〇区〇〇1-2								
薬局の 名称及び所在地 (※5)	名称	〇〇薬局						※ 院外処方された場合は病院名も記入		
	所在地	〇〇市〇〇区〇〇1-3								
請求理由 (該当の番号に○をし てください)	① 組合員証・被扶養者証を提示せずに、医療機関を受診した 2 資格取得前の保険証で医療機関を受診し、医療費を前の保険者に返還した 3 医師が治療上必要と認めた治療用装具を購入した 4 その他(									
上記のとおり、必要書類を添えて請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 〇年 〇月 〇日 請求者 組合員氏名 (署名) 共済 太郎										

- (※1) 各月の受診日を記入してください。治療用装具の場合は、医師の指示日を記入してください。  
(※2) 傷病の原因が1~3の場合は、原則、請求できません。  
(※3) 市区町村から医療証等が交付されている場合は「あり」を選択し、医療証名を記入してください。  
(※4) 診療区分(医療機関)ごと、月ごとに請求書と添付書類(注2)が必要です。  
(※5) 院外処方された場合は医科と調剤を合算して計算するため、病院名と薬局名を記入してください。

(共済使用欄) は、記入不要です。

保険分のみ支給対象です。消費税は支給対象外です。治療用装具の場合、支給金額に上限があるものがあります。  
請求理由1~3の場合、総医療費等と同額ではありません。

(注1) 自己負担額

義務教育就学前：2割  
義務教育~69歳まで：3割  
70~74歳まで：2割または3割

(注2) 添付書類 ※いずれも原本が必要です。

請求理由 領収書、レセプト (A4)  
1及び2の場合：(傷病名が記載されているもの)  
請求理由3の場合：領収書、医師の指示書等  
※原則、添付書類は、返却しません。

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1  
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ  
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

〇〇市立  
〇〇〇〇学校  
〇〇年〇月〇日  
收受印

共済組合文書受付印

(給付様式第9-1号)

療養費  国内  
 家族療養費  海外

請求書

記入例  
治療用装具を  
作成した場合

請求の時効は事由発生から2年です。

(共済使用欄)  
調剤合算 あり なし

組合員等 記号・番号	公立 神奈川	○	○	○	○	○	○	ふりがな	きょうせい たろう	
所属コード4桁	○	○	○	○				組合員氏名	共済 太郎	
所属所名	〇〇市立〇〇学校							療養者氏名	共済 花子	
所属所電話	市外局番	市内局番	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇						療養者生年月日	〇年 〇月 〇日
総医療費	00,000 円							事由発生年月日 (※1)	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 〇日 計 〇日	
給付金額 (共済使用欄)	円							事由発生時の 療養者の年齢	〇 歳	給付割合(共済使用欄) 7割・8割
傷病の原因 (※2) (該当の番号に○をし てください)	1 公務中 2 通勤途上 3 第三者加害行為 4 〇 それ以外							傷病名	弱視	
診療区分 (※4) (該当の番号に○をし てください)	1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 〇 治療用装具 6 鍼灸 7 その他							公費助成の種類 (※3)	1 あり (〇〇市 小児医療証) 2 なし	
病院の 名称及び所在地 (※5)	名称	〇〇医院							※ 院外処方された場合は薬局名も記入	
	所在地	〇〇市〇〇区〇〇1-2								
薬局の 名称及び所在地 (※5)	名称								※ 院外処方された場合は病院名も記入	
	所在地									
請求理由 (該当の番号に○をし てください)	1 組合員証・被扶養者証を提示せずに、医療機関を受診した 2 資格取得前の保険証で医療機関を受診し、医療費を前の保険者に返還した 3 〇 医師が治療上必要と認めた治療用装具を購入した 4 その他(									
上記のとおり、必要書類を添えて請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 〇年 〇月 〇日 請求者 組合員氏名(署名) 共済 太郎										

- (※1) 各月の受診日を記入してください。治療用装具の場合は、医師の指示日を記入してください。
- (※2) 傷病の原因が1~3の場合は、原則、請求できません。
- (※3) 市区町村から医療証等が交付されている場合は「あり」を選択し、医療証名を記入してください。
- (※4) 診療区分(医療機関)ごと、月ごとに請求書と添付書類(注2)が必要です。
- (※5) 院外処方された場合は医科と調剤を合算して計算するため、病院名と薬局名を記入してください。

(共済使用欄) は、記入不要です。

保険分のみ支給対象です。消費税は支給対象外です。治療用装具の場合、支給金額に上限があるものがあります。  
請求理由1~3の場合、総医療費等と同額ではありません。

(注1) 自己負担額

- 義務教育就学前：2割
- 義務教育~69歳まで：3割
- 70~74歳まで：2割または3割

(注2) 添付書類 ※いずれも原本が必要です。

- 請求理由 領収書、レセプト (A4)
- 1及び2の場合：(傷病名が記載されているもの)
- 請求理由3の場合：領収書、医師の指示書等
- ※原則、添付書類は、返却しません。

<提出先・問合せ先>  
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1  
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ  
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印  
〇〇市立  
〇〇〇〇学校  
〇〇年〇月〇日  
收受印

共済組合文書受付印

# 診療報酬領収済明細書

組合員等 記号・番号	公立神奈川	保険者 番号	34140012	組合員証の 発行機関	公立学校共済組合 神奈川支部										
組合員氏名		組合員住所		公 務 上											
療養者氏名				年 月 日生	公務外 乗船中発病したもの										
療養者住所				年 月 日	下船中発病したもの										
傷病名	①	初診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日	終診	年 月 日	転 帰					
	②		年 月 日		年 月 日				年 月 日	治 癒	繰 越	死 亡	転 医	中 止	
臨床・理化学的所見															
当院における料金算定方法		1 保険点数表を基準とし1点 円				2 自由診療のための特別な料金		点数表		甲・乙					
診 療 の 内 容										摘 要					
項 目 ・ 内 容										経過及び診療事実に関する理由					
診察料	初診				円										
	再診		回		円										
	往診		回		円										
投薬料	内服	1剤		日分	円										
		2剤		日分	円										
	頓服		回		円										
注射料	外用			回	円										
				回	円										
処置料	処置名			回	円										
				回	円										
手術料	手術名			回	円										
				回	円										
検査料	検査名			回	円										
				回	円										
				回	円										
画像診断	透視			枚	円										
その他															
入院料	看 自 食 (無) 寝	自	年 月 日	日間											
		至	年 月 日		円										
合計					円										
領収済額					円										
上記のとおり領収しました。															
殿 年 月 日 医療機関名 医療機関コード 所在地 電話番号															
										療法開始年月日 結核化学療法 年 月 日 駆梅療法 年 月 日 ( ) 年 月 日 結核予防法による公費負担 初診に要した月の診療額 入院の初日 年 月 日					

印

1 この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、またはその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

# 診療報酬領収済明細書

歯科用

組合員等 記号・番号	公立神奈川 号	保険者 番号	34140012	組合員証の 発行機関	公立学校共済組合 神奈川支部
組合員氏名	組合員住所		公務上		
療養者名				年 月 日生	公務外
住 所				乗船中発病したもの	下船中発病したもの
部位及び 傷病名	右 <span style="margin-left: 100px;">8 7 6 5 4 3 2 1</span>   <span style="margin-left: 10px;">1 2 3 4 5 6 7 8</span>				左
	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8				転帰 治ゆ 繰越 死亡 転医 中止
初 診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日 終 診
当院における料金算定方法		1 保険点数表を基準とし1点		円	2 自由診療のための特別な料金
診 療 の 内 訳					摘 要
項 目	内 訳			経過及び診療事 実に関する理由	
診 察 料	初 診 ・ 再 診			円	
投 薬 料	内 服 薬			剤 日 円	
	頓 服 薬			剤 日 円	
	外 用 薬			円	
注 射 料	皮下・筋肉注射			回 円	
	静 脈 注 射			回 円	
処 置 料	撤 去			歯 円	
	普 通 処 置			回 円	
	複 根 冠			回 円	
	抜 髄			歯 円	
充 填 料	根 充			歯 円	
	ア マ ル ガ ム			歯 円	
インレー料	セメント	硅	燐	歯 円	
	金合金	ポスト	複雑かどうか	歯 円	
補 っ っ 料	銀 合 金			歯 円	
	義 歯			歯 円	
	パラタルバー□ リンガルバー			歯 円	
	特殊鋼			歯 円	
	14金	金属綱	レスト有・無	歯 円	
	特殊鋼			不銹綱	
	歯冠性続歯			14金 レジン 陶歯	
	歯台築造			銀 アセ	
金 属 冠			金 パラ 銀合金		
そ の 他			円		
手 術 料	抜 歯			歯 円	
	手 術			円	
	そ の 他			円	
処 置 料	歯 石 除 去			回 円	
	軟			円	
レントゲン その他				円	
合 計				円	
領 収 済 額				円	
上記のとおり領収しました。 年 月 日					初診の日の診 療に要した額 円 入院の初日 年 月 日
医 療 機 関 名 医 療 機 関 コー ド 所 在 地 電 話 番 号					印

1 この明細書は、歯科医師から診療を受け、またはその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

# 調剤報酬領収済明細書

年 月分

受診者氏名		性別		男・女	生年月日		年 月 日		
医療機関	医療機関コード			医師氏名	1			受付回数	回
					2				
			3						
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			点
			医薬品名・規格・容量・剤型・用法	単位薬剤料点		調剤料	薬剤料	加算料	
摘要					基本料 点	時間外 点	薬学管理料 点		
保険	請求点				領収済額				
	点				円				
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 薬局名</p> <p style="text-align: center;">保険薬局コード</p> <p style="text-align: center;">所在地 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>									

※ 医療機関で仕様のレセプトでも可