

(給付様式第9-2号)

療養費

家族療養費

請求書

国内

海外

請求の時効は事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立 神奈川							ふりがな							
所属コード(4桁)								組合員氏名							
所属所名								ふりがな							
所属所電話		-			-			療養者氏名							
総医療費						通貨単位 ( )	事由発生年月日 (※1)	療養者生年月日	年 月 日						
給付金額 (共済使用欄)						円	事由発生時の 療養者の年齢	年 月 日 ~ 日 計 日	歳						
傷病の原因 (該当の番号に○を してください)	1	公務中					傷病名								
	2	通勤途上					公費助成の種類 (※2)	1 あり ( ) 2 なし							
診療区分 (※3)	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	
医療機関等の 名称及び所在地 (通貨単位)	名称	所在地										国名	(支払った通貨単位)		
請求理由 (該当の番号に○を してください)	1	海外で病気等になり、治療のため海外の医療機関を受診した										2	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) 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。  
該当の番号に○をしてください。

(※3) 診療区分(医療機関)ごと、月ごとに請求書と添付書類(注)が必要です。  
該当の番号に○をしてください。

(共済使用欄)は、記入不要です。

(注1) 添付書類 ※すべてに和訳が必要です。

- ・診療内容明細書【医科：様式A、歯科：様式C】
- ・領収明細書【様式B】
- ・領収書(原本)と領収書(コピー)和訳用
- ・調査に関わる同意書・署名押印欄
- ・海外で受診した際、渡航先等に滞在していたことがわかる書類の写し  
(入出国日のスタンプがあるパスポートや入出国日が記載されている航空券等)

(注2) 日本の健康保険の適用にならない診療を受けたとき及び療養を目的として海外へ出向き、治療を受けたとき等は支給対象外になります。

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

<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

(給付様式第9-2号)

療養費

家族療養費

請求書

国内

海外

請求の時効は事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立 神奈川	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ふりがな	きょうせい たろう		
所属コード(4桁)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				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						療養者生年月日	〇年 〇月 〇日		
	000	- 000	- 0000								
総医療費	00,000.00							通貨単位 (THB)	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 (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	インフルエンザ	
診療区分 (※3)	1 入院 2 〇 外来 3 歯科 4 調剤 5 治療用装具 6 鍼灸 7 その他										
医療機関等の 名称及び所在地 (通貨単位)	名称	〇〇〇Hospital									
	所在地	Wattana, Bangkok 00000									
	国名	タイ							(支払った通貨単位	バーツ)	
請求理由 (該当の番号に○を してください)	1 〇 海外で病気等になり、治療のため海外の医療機関を受診した										
	2 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) 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。  
該当の番号に○をしてください。  
(※3) 診療区分(医療機関)ごと、月ごとに請求書と添付書類(注)が必要です。  
該当の番号に○をしてください。  
(共済使用欄)は、記入不要です。

- (注1) 添付書類 ※すべてに和訳が必要です。  
・診療内容明細書【医科：様式A、歯科：様式C】  
・領収明細書【様式B】  
・領収書(原本)と領収書(コピー)和訳用  
・調査に関わる同意書・署名押印欄  
・海外で受診した際、渡航先等に滞在していたことがわかる書類の写し  
(入出国日のスタンプがあるパスポートや入出国日が記載されている航空券等)

(注2) 日本の健康保険の適用にならない診療を受けたとき及び療養を目的として海外へ出向き、治療を受けたとき等は支給対象外になります。

<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