

療養費等請求書

(療養費・家族療養費・一部負担金払戻金・家族療養費附加金・
高額療養費・入院時食事療養費・移送費・家族移送費)

組合員氏名		組合員等 記号番号	公立高知 (枝番) 00		
所属所名		所属所 所在地			
療養者氏名		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
傷病名		傷病の原因			
初診年月日	令和 年 月 日	医療機関又は 薬局名及びその住所			保険医療機関・ 保険薬局・その他
療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養に 要した 費用	円	請求額	円
移送の承認 年月日	令和 年 月 日	移送の区間		移送の方法	
請求理由 (マイナ保険証等を使用しなかった理由)					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 年 月 日 組合員氏名					
上記のとおり請求がありましたので、提出します。 令和 年 月 日 所属所長名					
※決定額	法定給付 円	※ 外来 日			
	附加給付 円	入院 日			

(注) 1. 請求理由 (マイナ保険証等を使用しなかった理由) は、具体的に記入してください。
 2. ※印欄は共済組合使用欄ですので、記入しないでください。

記入例①
治療用装具を購入した場合
療養費等請求書

(療養費・家族療養費・一部負担金払戻金・家族療養費附加金・
 高額療養費・入院時食事療養費・移送費・家族移送費)

組合員氏名	土佐 一郎	組合員等 記号番号	公立高知 012345 (枝番) 00		
所属所名	〇〇高等学校	所属所 所在地	〇〇市〇〇町〇-〇		
療養者氏名	土佐 一郎	生年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日		
傷病名	右足関節捻挫	傷病の原因	・スポーツ中に転倒した ・不詳 など		
初診年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日	医療機関又は 薬局名及びその住所	〇〇〇病院 〇〇市〇〇町 1-2-3	保険医療機関・ 保険薬局・その他	
療養期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで	療養に 要した 費用	12,460 円	請求額	円
移送の承認 年月日	医師の証明書に記載されている 証明日(装具の装着を必要と することの証明日)を記入	領収書の金額を記入	移送の方法		
請求理由(マイナ保険証等を使用しなかった理由) 治療のために医師の指示により装具(眼鏡、弾性着衣)を購入したため					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 組合員氏名 土佐 一郎					
上記のとおり請求がありましたので、提出します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長名 公立 花子					
※決定額	法定給付 円	※外来 日			
	附加給付 円	入院 日			

(注) 1. 請求理由(マイナ保険証等を使用しなかった理由)は、具体的に記入してください。
 2. ※印欄は共済組合使用欄ですので、記入しないでください。

記入例②
全額自己負担した場合
療養費等請求書

(療養費・家族療養費・一部負担金払戻金・家族療養費附加金・
高額療養費・入院時食事療養費・移送費・家族移送費)

組合員氏名	土佐 一郎	組合員等 記号番号	公立高知 012345 (枝番) 00		
所属所名	〇〇高等学校	所属所 所在地	〇〇市〇〇町〇-〇		
療養者氏名	土佐 一郎	生年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日		
傷病名	湿疹	傷病の原因	不詳 など		
初診年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	医療機関又 は薬局名及 びその住所	〇〇〇病院 〇〇市〇〇町 1-2-3		
療養期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで	療養に 要した 費用	12,460 円	請求額	円
移送の承認 年月日	受診日を記入(2日以上 の場合は受診の初日と最終 日を記入)	移送の区間	移送の方法		
請求理由(マイナ保険証等を使用しなかった理由) ・マイナ保険証等の不携帯により全額自己負担したため ・以前加入していた健康保険の資格情報で受診したため ・資格の切り替え手続き中に受診したため など					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 組合員氏名 土佐 一郎					
上記のとおり請求がありましたので、提出します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長名 公立 花子					
※決定額	法定給付 円	※外来 円	入院 円		

(注) 1. 請求理由(マイナ保険証等を使用しなかった理由)は、具体的に記入してください。
2. ※印欄は共済組合使用欄ですので、記入しないでください。