

## 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	療養に 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 (組合員証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 (組合員証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 <b>012345</b> (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 ○年○月○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○年○月○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○年○月○日から 令和○年○月○日まで	療養に 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(組合員証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○年○月○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○年○月○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(組合員証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 <b>012345</b> (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 ○年○月○日		
傷病名	湿疹	傷病の原因	不詳 など		
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	〇〇〇病院 〇〇市〇〇町1-2-3	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 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	領収書の金額を記入	移送の方法	
請求理由(組合員証を使用しなかった理由) <ul style="list-style-type: none"> <li>・組合員証不携帯により全額自己負担したため</li> <li>・被扶養者証が交付される前に受診したため</li> <li>・以前加入していた健康保険証を使用して受診したため</li> </ul> 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○年○月○日 <div style="text-align: right;">組合員氏名 <b>土佐 一郎</b></div>					
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 <div style="text-align: right;">所属所長名 <b>公立 花子</b></div>					
※決定額	法定給付 円	※外来 日	円	入院 日	円

(注) 1. 請求理由(組合員証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。