

01 療養費及び一部負担金払戻金請求書
02 家族療養費及び同附加金請求書

所属所名		組合員氏名		公費医療(福祉医療) (該当に○)		有・無	
所属所コード		組合員証番号					
				傷病の原因 (該当に○)		1.公務、通勤途上の傷病 2.交通事故(通勤を除く) 3.私傷病	
受療者の氏名		組合員と続柄		受療者生年月日		昭和 平成 令和	
療養期間		令和 年 月 日 ~		診療種別 (該当に○)		1.内科 2.歯科	
				入院 外来 (該当に○)		1.入院 2.外来	
				診療日数		日	
注意：補装具に係る療養期間については、補装具代金の支払日を記入してください。診療日数は、1日と記入してください。							
医療機関		名称 (電話) - -					
傷病名		組合員証不使用の理由					
支払った額(領収書の額)		円		請求額 支払った額×0.7 (0.8・0.9) * 1		円	
※決定額 (療養費・ 家族療養費)		支払った額×0.7(0.8、0.9) 円		※決定額 (一部負担金払戻金・ 家族療養費附加金)		円	
※決定額 (高額療養費)		円		※給付決定 合計額		円	
※診療費		円		※薬剤 一部負担金		円	
				※入院時 食事療養費		円	
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 公立学校共済組合京都支部長 様 住所 請求者 氏名 (印)							
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 公立学校共済組合京都支部長 様 所属所長職氏名 (電話番号) - - (公印)							
(請求上の注意)				所属所担当者		支所担当者	
○ 公務災害、交通事故等の場合は、請求できません。 ○ ※印欄は、記入しないでください。 ○ *1: 小学校就学前及び平成26年4月2日以降の70歳の高齢受給者の場合は0.8、平成26年4月1日以前70歳の高齢受給者の場合は0.9を掛け、円未満切捨て ○ 添付書類： 組合員証を提示せずに医療を受けた場合・診療報酬領収済明細書又は、診療報酬明細書と領収書 治療のため補装具を装着した場合………医師の意見書、装着証明書、仕様書(又は明細書)、領収書 9歳未満の小児弱視用の治療用眼鏡………治療用眼鏡等作成指示書、領収書 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣・弾性着衣等の装着指示書、領収書				(印)		(印)	
				所属所受付印			