

☐ 療養費・高額療養費・一部負担金払戻金☒ 家族療養費・高額療養費・家族療養費附加金

共済組合受付印

任意継続組合員の方は、所属所コードは「999999」、所属所は「任意継続」と記入してください。

コード	組合員証番号（右詰）	職員番号																					
060	公立 三重 9 9 0 1 2 3 4 5	公立 太郎 0 1 2 3 4 5																					
所属所コード		所属所名																					
7 0 1 2 3 4		共済小学校																					
(フリガナ)		続柄 ※1	性別	年号				年				月				日				初診年月日 ※2			
療養者の氏名				昭和：3				年				月				日				昭和：3			
コウリツ ハナコ			男：1	平成：4				3 4 5 0 6 0 7								平成：4							
公立 花子		0 2	女：2	令和：5												令和：5							
傷病名		傷病の原因 ※3																					
左足関節捻挫		休日に趣味で行っているバレーボールの試合中に転倒し負傷																					
医療機関 又は薬局	名称	意見書（診断書）に記載されている傷病名を記入してください。																		受診区分			
	住所	厚生整形外科 津市栄町1丁																		入院：1 外来：2 調剤：3			
療養に要した期間		組合員																					
(自)		(至)																		日数			
年号		年号																					
平成：4		平成：4																					
令和：5		令和：5																					
5 0 1 0 5 1 0																							
療養に要した費用		請求額																		決定額 ※4			
12,345 円		8,641 円																		円			
問1. 上記の傷病の原因は公務（業務）に起因するものですか。（はい・いいえ）																							
問2. 上記の傷病は第三者の行為（交通事故、けんか等）に起因するものですか。（はい・いいえ）																							
• 未就学児又は70歳以上：療養に要した費用×0.8 • その他の者：療養に要した費用×0.7 療養に要した費用とは、保険適用分のみが対象となります。 装具費用の請求の場合、請求上限額がありますので、実際の支給決定額は上記計算結果とは異なる場合があります。																							
70 3 番地 郎																							
TEL 059 - 224 - 2994																							

※1. 裏面コード表から対応するコードを記入してください。

※2. 補装具購入による請求の場合は記入不要です。

※3. 具体的な状況を詳細に記入してください。

※4. 共済組合使用欄につき記入しないでください。

注1. 領収書等、添付書類は原本を提出してください。

注2. その他記入上の注意及び請求に必要な添付書類は裏面を御覧ください。

共済組合使用欄

審査 入力