

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

請 求 書  
【記入例】

|     |                                    |   |   |
|-----|------------------------------------|---|---|
| 決定欄 | 療 養 費<br>家 族 療 養 費                 | ※ | 円 |
|     | 一 部 負 担 金 払 戻 金<br>家 族 療 養 費 附 加 金 | ※ | 円 |
|     | 高 額 療 養 費                          | ※ | 円 |

|                           |                   |                                                      |                                         |
|---------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 組 合 員 証 記 号 番 号           | 公立長崎第 0123456 号   | 組 合 員 氏 名                                            | 共 済 太 郎                                 |
| 所 属 所 名                   | 〇〇市立〇〇中学校         |                                                      |                                         |
| 療 養 者 氏 名                 | 共 済 太 郎           | 生 年 月 日                                              | 昭和 〇 年 〇 月 〇 日                          |
| 傷 病 名                     | 左上腕骨<br>大結節骨折     | 傷 病 の 原 因                                            | ソフトボールの<br>試合中に転倒し負<br>傷                |
| 組 合 員 証 の 記 入             | 公 務 公 務 外         | 初 診 日                                                | 令和 〇 年 〇 月 〇 日                          |
| 医 療 機 関 又 は 薬 局 の 住 所     | 〇〇市〇〇町〇-〇<br>〇〇病院 | 療 養 期 間                                              | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 から<br>令和 〇 年 9 月 28 日 まで |
| 療 養 に 要 した 費 用            | 28,000<br>円       | 請 求 額                                                | 療 養 費<br>家 族 療 養 費                      |
|                           |                   |                                                      | 一 部 負 担 金 払 戻 金<br>家 族 療 養 費 附 加 金      |
|                           |                   |                                                      | 高 額 医 療 費                               |
| 組 合 員 証 を 使 用 し な かった 理 由 | 治療用装具等の購入に係る費用のため |                                                      |                                         |
| 給 付 金 の 送 金 先             | 給 付 金 等 受 取 口 座   | マイナポータル登録の公金受取口座※ <sup>1</sup><br>(給付金等受取口座と違う場合に限る) |                                         |
| 上記のとおり請求します。              |                   |                                                      |                                         |
| 公立学校共済組合長崎支部長 様           |                   |                                                      |                                         |
| 令和 〇 年 〇 月 〇 日            |                   |                                                      |                                         |
| 請 求 者 住 所 〇〇市〇〇町〇-〇       |                   |                                                      |                                         |
| 氏 名 共 済 太 郎               |                   |                                                      |                                         |

(注) 1 ※印欄は記入しないでください。

2 各月ごと、受診者ごと、入院・外来ごと、医療機関ごとに  
1 枚作成してください。

3 海外で治療を受けた場合等で、証拠書類が日本語で作成されていない  
場合は、当該証拠書類に和訳を添付してください。

※1：マイナンバーカードを作成し、マイナポータルに登録した公金受取口座を指定  
する場合、給付が通常スケジュールとは異なり遅れての送金となる可能性があります。  
給付金の送金先に〇がない場合は、事前に登録されている給付金等受  
取口座へ送金いたします。

所 受 付 属 年 月 所 日  
〇.4.1  
〇〇中学校