

別紙様式5号

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

決定欄	療 養 費 家 族 療 養 費	※	円
	一 部 負 担 金 払 戻 金 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 号		組合員氏名		
所属所名					
療養者氏名			生年月日	年 月 日	
傷病名			傷病の 原因	初診日	年 月 日
組合員 のみ記入	公務・公務外				
医療機関 又は薬局名 その住所			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	療 養 費 家 族 療 養 費	円	
			一 部 負 担 金 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	円	
			高 額 医 療 費	円	
組合員証を使用しなかった理由					
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 ^{※1} (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 年 月 日 日 千					
請求者 住所 氏名					

- (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○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

