

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

※提出項目にチェックしてください。

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等 記号・番号	公立奈良
療養者氏名 (生年月日/続柄)	(年 月 日/続柄 :)				認定年月日 <small>※家族療養費のみ</small>	※ 年 月 日
傷病名					傷病の原因	1. 第三者加害行為 (原則加害者負担) 2. 公務(通勤)災害(申請中) 3. その他
療養に要した費用	円				請求金額	円
初診年月日	年 月 日				療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()				療養日数	日
医療機関名 及び所在地						
組合員証を使用し なかった理由	1. 治療用装具購入		2. 組合員証 (不携帯・交付申請中)		3. はり・きゅう、 あんま・マッサージなどの 治療	
					4. その他 ()	
<p>上記のとおり請求します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏名 _____ (電話番号: _____)</p>						
所属所名 (電話)	()					
所属所受付印欄	※共済記入欄					
	診療金額		法定給付		高額療養費	
					一部負担金払戻金等	
					決定額	
					円	

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用装具購入
 - 医師の意見書及び装具装着証明書
 - 領収書
 - ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・はり、きゅう等の理由で10割負担
 - 診療報酬領収済明細書(別紙様式)またはレセプト原本
 - 領収書原本
- △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

医療機関等で療養を受けたとき

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

※提出項目にチェックしてください。

組合員の療養・・・療養費
 被扶養者の療養・・・家族療養費

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××	被扶養者の場合、認定日を記入
療養者氏名 (生年月日/続柄)	公立 太郎 (昭和44年4月4日/続柄:本人)			認定年月日 <small>※家族療養費のみ</small>	※ 年 月 日		
傷病名	右足骨折			傷病の原因	1. 第三者加害行為 (原則加害者負担) 2. 公務(通勤)災害(申請中) 3. その他		
療養に要した費用	40,000 円			請求金額	円		
初診年月日	令和3年4月1日			療養期間	令和3年6月1日 から 令和3年6月30日 まで		
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()			療養日数	1 日		
医療機関名 及び所在地	〇〇県〇〇郡〇〇町 雪山診療所						
組合員証を使用しな かった理由	1. 治療用装具購入	2. 組合員証 (不携帯) ・ 交付申請中)		3. はり・きゅう、 あんま・マッサージなどの 治療	4. その他 ()		
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 3 年 7 月 2 日 組合員 氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-22-XXXX)							
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)						
所属所受付印欄	※共済記入欄						
	診療金額	法定給付	高額療養費	一部負担金払戻金等			
受付 03.07.05 奈良野小学校							決定額
							円

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用装具購入
 - 医師の意見書及び装具装着証明書
 - 領収書
 - ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・はり、きゅう等の理由で10割負担
 - 診療報酬領収済明細書(別紙様式)またはレセプト原本
 - 領収書原本
- △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

治療用装具を装着したとき

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

組合員の療養・・・療養費
被扶養者の療養・・・家族療養費

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等 記号・番号	×××	公立奈良	被扶養者の場合、認定日を記入
療養者氏名 (生年月日/続柄)	公立 次郎 (平成17年 5月 19日/続柄: 長男)			認定年月日 <small>※家族療養費のみ</small>	※ 平成17年 5月 19日			
傷病名	関節ねんざ			傷病の原因	1. 第三者加害行為 (原則加害者負担) 2. 公務(通勤)災害(申請中) 3. その他			
療養に要した費用	10,000 円			請求金額	7,000 円			
初診年月日	令和3年 6月 15日			療養期間	令和3年 6月 15日 から 年 月 日 まで			
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()			装具購入日 を記入	記入不要 日			
医療機関名 及び所在地	〇〇市〇〇町 〇〇整形外科							
組合員証を使用しな かった理由	1. 治療用装具購入		2. 組合員証 (不携帯・交付申請中)		3. はり・きゅう、 あんま・マッサージなどの 治療		4. その他 ()	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿								
令和 3 年 7 月 2 日								
組合員 氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-22-××××)								
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)							
所属所受付印欄	※共済記入欄							
<div style="border: 2px solid #e91e63; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 100px; margin: auto;"> <p style="margin: 0;">受付</p> <p style="margin: 0; font-size: 1.2em;">03.07.05</p> <p style="margin: 0;">奈良野小学校</p> </div>	診療金額	法定給付	高額療養費	一部負担金払戻金等				
					決定額			

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用装具購入
 - 医師の意見書及び装具装着証明書
 - 領収書
- ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・はり、きゅう等の理由で10割負担
 - 診療報酬領収済明細書(別紙様式)またはレセプト原本
 - 領収書原本
 - △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

記入例：はり・きゅう、あんま・マッサージなどの治療を受けたとき

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

※提出項目にチェックしてください。

組合員の療養 …療養費
 被扶養者の療養…家族療養費

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。

被扶養者の場合、認定日を記入

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等	公立奈良	XXXXXXXX							
療養者氏名 (生年月日/続柄)	公立 太郎 (昭和44 年 4 月 4 日/続柄 本人)			年 月 日										
傷病名	腰痛症		傷病の原因	1. 第三者加害行為 (原則加害者負担) 2. 公務(通勤)災害(申請中) 3. その他										
療養に要した費用	7,450 円		請求金額	5,215 円										
初診年月日	令和3 年 6 月 15 日		療養期間	令和3 年 6 月 1 日から 令和3 年 6 月 30 日まで										
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()		療養日数	1 日										
医療機関名 及び所在地	〇〇市〇〇町 〇〇鍼灸院													
組合員証を使用し なかった理由	1. 治療用器具購入		2. 組合員証 (不携帯・交付申請中)		3. はり・きゅう、 あんま・マッサージなどの 治療		4. その他 ()							
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 3 年 7 月 2 日 組合員 氏名 公立 太郎 (電話番号： 0742-22-XXXX)														
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)													
所属所受付印欄	※共済記入欄													
	診療金額	法定給付	高額療養費	一部負担金払戻金等										
受付 03.07.05 奈良野小学校	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													決定額 円

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用器具購入
 - 医師の意見書及び器具装着証明書
 - 領収書
 - ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・はり、きゅう等の理由で10割負担
 - 診療報酬領収済明細書(別紙様式)またはレセプト原本
 - 領収書原本
- △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

医師の同意書を添付してください

(入院・外来)

年

月分

診療報酬領収済明細書

組合員証 記号番号	記号 公立奈良	番号	保険者番号 34290015	共済組合支部名称 公立学校共済組合奈良支部					
組合員 住所・氏名							公務上	公務外	
受診者 住所・氏名	年 月 日生								
傷病名	初診	当月開始	診療日数	終診	転 帰				
①	年 月 日	年 月 日	日	年 月 日	治癒	繰越	死亡	転医	中止
②	年 月 日	年 月 日	日	年 月 日					
臨床学的所見			理化学的所見						
診療内容			摘 要						
項目内訳									
診察料	初診		点						
	再診		点						
	在宅		点						
投薬料	内服	薬剤 調・処	× 単位 回	点					
	頓服	薬剤 調・処	× 単位 回	点					
	外用	薬剤 調・処	× 単位 回	点					
注射料	(皮) (筋)		回	点					
	(静) (動)		回	点					
	の別を記入		回	点					
処置料	処置名		回	点					
			回	点					
			回	点					
手術料	手術名		回	点					
			回	点					
検査料	検査名		回	点					
			回	点					
レントゲン料	透視 撮影	枚	点	1点単価	円	薬剤一部 負担金額	円		
その他			点	食 事	基準	円 ×	日間		
			点		円 ×	日間			
			点		円 ×	日間			
入 院	入院年月日	年 月 日							
	院 診 衣	入院料							
		×	日間	点					
		×	日間	点					
		×	日間	点					
	入院時医学管理料								
	×	日間	点						
	×	日間	点						
	×	日間	点						
特定入院料・その他									
領収済額			円						
			様	年 月 日					
上記のとおり領収しました。			医療機関の 所在地及び名称						印

- この明細書は、組合員証を使用しないで医師から診療を受け、又はこれらの医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。
- この明細書は、1か月ごとに記入してください。

記入例

(入院・外来) 令和 3 年 6 月分 診療報酬領収済明細書

組合員証 記号番号	記号 公立奈良	番号 123456	保険者番号 34290015	共済組合支部名称 公立学校共済組合奈良支部						
組合員 住所・氏名	公立 太郎 奈良市登大路町 999-9			公務上 公務外						
受診者 住所・氏名	上記に同じ 昭和 35 年 7 月 1 日生									
傷病名	初診	当月開始	診療日数	終診	転帰					
① インフルエンザ	令和3年 6月 15日	令和3年 6月 15日	1 日	年 月 日	治療	繰越	死亡	転医	中止	
②	年 月 日	年 月 日	日	年 月 日						
臨床学的所見			理化学的所見							
診療内容					摘要					
項目内訳										
診察料	初診	270 点			・シメトレ錠 50 mg 錠 7 × 4 ・ニボラジン錠 3 mg 錠 PL顆粒 3 g 5 × 4 ・ロキソニン錠 60 mg 錠 2 × 8 ・インフルエンザウイルス抗原精密測定 140 × 1 ・免疫学的検査判断料 144 × 1 処方 42 × 1					
	再診	点								
	在宅	点								
投薬料	内服 { 薬剤調・処	8 単位	48 点							
		9 × 1 回	9 点							
	頓服 { 薬剤調・処	8 単位	16 点							
		× 回	点							
注射料	外用 { 薬剤調・処	×	単位	点						
		×	回	点						
	(皮) (筋)		回	点						
	(静) (動)		回	点						
	の別を記入		回	点						
処置料	処置名		回	点						
			回	点						
			回	点						
手術料	手術名		回	点						
			回	点						
検査料	検査名	1 回	284 点							
			回	点						
レントゲン料	透視撮影	枚	点	1点単価	10 円	薬剤一部負担金額	円			
その他			42 点	食事	基準	円 × 日間	円 × 日間			
入院	入院年月日	年 月 日				円 × 日間	円 × 日間			
	院 診 衣	入院料								
		×	日間	点	療養の給付	請求	負担金額			
		×	日間	点			円			
		入院時医学管理料			食事療養	請求	標準負担額			
	×	日間	点			円				
	×	日間	点		日	円				
	×	日間	点			円				
特定入院料・その他										
領収済額	6,690 円		上記のとおり領収しました。							
	公立 太郎 様		令和 3 年 6 月 15 日		〇〇市〇〇町 〇〇病院					
			医療機関の所在地及び名称		印					

1、この明細書は、組合員証を使用しないで医師から診療を受け、又はこれらの医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。
2、この明細書は、1か月ごとに記入してください。

年 月分診療報酬領収済明細書(歯科)

組合員証 記号番号	記号 公立奈良	番号	保険者番号 34290015	共済組合支部名称 公立学校共済組合奈良支部			
組合員 住所・氏名				公務上 公務外			
療養者 住所・氏名	年 月 日生						
部位及び 傷病名				転 帰 治癒 繰越 死亡 転医 中止			
初 診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数 日 終診 年 月 日			
診 療 内 容				摘 要			
項 目	内 訳			経過及び 診療事実 に関する 理由			
診察料	初 診	点					
投薬料	内(頓) 服 薬	剤投与	日分				
	外 用 薬	回	日分				
注射料	皮 下 筋 肉	回	日分				
	静 脈 内	回	日分				
処置料 (硬)	ス ケ ー リ ン	歯	日分				
	普 通 処 置	回	日分				
	複 根 管	回	日分				
	抜 髓	歯	日分				
	根 充	歯	日分				
	基 本 検 査		日分				
充填料	ア マ ル ガ ム	歯	日分				
	セメント	歯	日分				
	珪 燐	歯	日分				
インレー料	金合金	ポスト 複雑かどうか	歯 日分				
	銀 合 金		歯 日分				
補てつ料	義 歯				歯 日分		
	金属こう	14K	特殊鋼		不銹鋼	レスト 有 無	歯 日分
	パラタ ルバー	リング ルバー	特殊鋼		不銹鋼		歯 日分
	歯冠性続歯		14K		レジン	陶歯	歯 日分
	支台築造		銀		ア	セ	歯 日分
	金 属 冠	金	金パラ		銀合金		歯 日分
	そ の 他						
	手術料	抜 歯			歯 日分		
手 術				日分			
そ の 他				日分			
処置料	歯 石 除 去			回 日分			
				日分			
レントゲン料 その他				日分			
合 計				点			
領収済額				円			
上記のとおり領収しました。				初診の日の 診療に 要した額 円			
				入院の初日 年 月 日			
				薬剤負担 円			
年 月 日							
様							
医療機関の 所在地及び名称				印			

※この明細書は、組合員証を使用しないで歯科医師から診療を受け、又は、その医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

記入例

令和 3 年 6 月分 診療報酬領収済明細書(歯科)

組合員証 記号番号	記号 公立奈良	番号 123456	保険者番号 34290015	共済組合支部名称 公立学校共済組合奈良支部
組合員 住所・氏名	公立 木郎 奈良市登大路町 999-9			公務 上 公務外
療養者 住所・氏名	上記と同じ			
部位及び 傷病名	7	7	昭和 35 年 7 月 1 日生	
初診	平成30年 6月 15日	当月開始	令和3年 6月 16日	診療日数 1日
診 療 内 容				摘 要
項目	内 訳			経過及び 診療事実 に関する 理由
診察料	初 診	180 点		
投薬料	内(頓) 服 薬 外用薬	剤投与 回	日分 日分	
注射料	皮 下 筋 肉 静 脈 内	回 回	日分 日分	
処置料 (硬)	スケーリン	歯	64 日分	
	普 通 処 置	回	日分	
	複 根 管	回	日分	
	抜 髄	歯	日分	
	根 本 充	歯	日分	
充填料	ア マ ル ガ ム	歯	日分	
	セメント 珪 燐	歯	日分	
インレー料	金合金 ポスト 複雑かどうか	歯	日分	
	銀 合 金	歯	日分	
補 て つ 料	義 歯	歯	日分	
	金属こう 14K 特殊鋼 不銹鋼 レスト有無	歯	日分	
	パラタ ルパー リンガ ルパー 特殊鋼 不銹鋼	歯	日分	
	歯冠性続歯 14K レジン 陶歯	歯	日分	
	支台築造 銀 ア セ	歯	日分	
	金 属 冠 金 金パラ 銀合金	歯	日分	
	その 他			
手 術 料	抜 歯	歯	日分	
	手 術		日分	
	その 他		日分	
処 置 料	歯 石 除 去	回	日分	
レントゲン料 その他			日分	
合 計		444 点		
領収済額		4,440 円		
上記のとおり領収しました。				初診の日の 診療に 要した額 円
公立 木郎 様 令和 3 年 6 月 16 日				入院の初日 年 月 日
医療機関の 所在地及び名称				薬剤負担 円
○○市○○町 ○○歯科医院				

※この明細書は、組合員証を使用しないで歯科医師から診療を受け、又は、その医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

年 月分 診療報酬明細書(はり・きゅう)

組合員証 記号番号	公立奈良		共済組合支部名称	公立学校共済組合奈良支部		
組合員 住所・氏名						公務上
受給者 住所・氏名	年 月 日生					公務外
傷病名			傷病の年月日		年 月 日	
			傷病の経過			
傷病の原因						
施術開始 年月日	年 月 日		施術終了 年月日	年 月 日		転帰
施術の種類	回数	1回の料金	加算料金		施術料金	施術を行った時期
初検料		円	深夜 時間外	円	円	月 日
往診料		円	夜間、難路、暴風・雨雪 km		円	
施術料	はり	円	/		円	自 月 日
	きゅう	円			円	至 月 日
	二重併用	円			円	
	マッサージ	円	局所	温あん料有無	円	自 月 日 至 月 日
その他			施術日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 (○を付ける) 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
			領収 済額	円	一部負担金	円
上記のとおり領収しました。						
様 年 月 日			マッサージ 住所 はり・きゅう師 整復師 氏名 (印)			

- ※ 「傷病の原因」欄は、具体的に詳しく記入して下さい。
- ※ 標準回数を超過した場合には、その理由を記入して下さい。
- ※ この明細書は、整体師、はり・きゅう師などからの施術を受けた場合に用いて下さい。
- ※ 医師の同意書を添付して下さい。

記入例

令和3年6月分 診療報酬明細書(はり・きゅう)

組合員証 記号番号	公立奈良	123456	共済組合支部名称	公立学校共済組合奈良支部			
組合員 住所・氏名	公立 太郎 奈良市登大路町999-9				公務上		
受給者 住所・氏名	同上 昭和35年7月1日生				(公務外)		
傷病名	神経痛		傷病の年月日		年 月 日		
			傷病の経過				
傷病の原因							
施術開始 年月日	令和3年6月1日		施術終了 年月日	令和3年6月30日		転帰 治癒 転医 中止	
施術の種類	回数	1回の料金	加算料金		施術料金	施術を行った時期	
初検料		円	深夜 時間外	円	円	月 日	
往診料		円	夜間、難路、暴風・雨雪	km	円		
施術料	はり		/		円	自 6 月 1 日	
	きゅう				円		
	二重併用	5			1,520	円	至 6 月 30 日
	マッサージ				円	局所	温あん料有無
		円			至 月 日		
その他			施術日 ○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ 11 12 13 14 ○ 15 16 17 18 19 20 21 (○を付ける) 22 23 24 ○ 25 26 27 28 29 ○ 30 31				
			領収 済額	7,600	円	一部負担金	2,242 円
上記のとおり領収しました。							
公立 太郎 様			マッサージ 住所		〇〇市〇〇町		
令和3年6月30日			はり・きゅう師 整復師 氏名		〇〇鍼灸院 印		

- ※ 「傷病の原因」欄は、具体的に詳しく記入して下さい。
- ※ 標準回数を超過した場合には、その理由を記入して下さい。
- ※ この明細書は、整体師、はり・きゅう師などからの施術を受けた場合に用いて下さい。
- ※ 医師の同意書を添付して下さい。