

記入例

※補装具等請求の場合

※当てはまる項目を囲む

療養費・家族療養費
移送費・家族移送費 請求書

組合員等記号・番号						組合員氏名		所属所コード					所属所名	
公立 大分	1	2	3	4	5	6	共済 太郎	1	2	3	4	5	公立小学校	

療養者氏名		性別	続柄	療養者生年月日	療養に 要した 費用※1	領収書の金額 10,000 円
共済 太郎		男 女 (いずれかを○で囲む)	本人	昭和40年1月1日		
傷病名	医師の証明書に 記載の病名	傷病の 原因※2	公務外であること・交通事故等の第三者加害行為以外で あることがわかるよう、具体的に記入			療養費の額 [医療費の7割(原則)] 請求額 7,000 円
初診年月日		療養の期間			療養区分	療養日数
令和4年8月31日		令和4年8月31日 から 令和4年8月31日 まで			入院・外来 (いずれかを○で囲む)	1 日
療養年月日※3		医療 機関・ 薬局の 名称	大分病院			
領収書の日付を記入		医療 機関・ 薬局の 所在地	大分市大手町3—10—1			
健康保険を 使用しなかった理由 (いずれかを○で囲む)		1 医師が治療のため必要と認めた治療用装具を購入したため。 2 その他 ()				

※1 領収書の金額

※2 公務外であること・交通事故等の第三者加害行為以外であることがわかるよう、具体的に記入してください。

※3 領収書の日付

*移送費・家族移送費の場合のみ記入

移送了承年月日	記入不要	記入不要
記入不要	移送区間	移送方法

所属所受付	受付印	上記のとおり請求します。 公立学校共済組合大分支部長 殿 令和4年 9月 3日 住所 大分県大分市大手町3-1-1 <請求者> 氏名 共済 太郎
支部受付		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和4年 9月 3日 所属所所在地 大分県大分市府内町3-10-1 <所属所長> 所属所名 公立小学校 職・氏名 校長 公立 花子 公印

補装具等の請求時には、①医師の証明書、②見積書、③請求書、④領収書
以上4点（すべて原本）を添付してください。

事務担当者 大分 一郎

連絡先 ☒ 所属所 ☐ 学校支援センター

連絡先電話番号 012-345-6789