

1. 組合員証を提示せず、病院等で療養を受けたとき

# 療養費・家族療養費等請求書

(共) 運規様式第5号、7号、8号

(五) 様式第14号

組合員氏名
職員番号
武雄 さき子
5 0 9 1 2 3 4

療養費 (五) 会員医療補助金  
 一部負担払戻金 (五) 扶養家族医療補助金  
 家族療養費(同附加金) (五) 傷病見舞金  
 高額療養費

所 属 事務担当者印	所 属 名
	所 属 コード
	〇〇〇中学校
印	3 5 0 0 0 0

給付該当(事実発生)年月日				診療区分	公費コード	日数	決 定 額					
年号	年	月	日				決定給付		附加給付	互助会		
							療 養 費 家族療養費	高額療養費	一部負担払戻金 家族療養費附加金	会員医療補助金 扶養家族医療補助金	傷病 日数	傷病コード

療養に関する こと	療養者名	武雄 さき子		査定額(保険対象額)	円
	生年月日	S56年 3月 3日生		療 養 費	
	性別・続柄	男・女	続柄(本人)	家 族 療 養 費	円
	傷病名	胃腸炎		高 額 療 養 費	円
	傷病の原因	突然お腹が痛みだして 我慢できなかった。		一 部 負 担 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	円
	初診年月日	〇〇年 〇月 〇日		(五) 会員医療補助金 扶養家族医療補助金	円
	療養期間	(始) 〇〇年 〇月 〇日	(終) 〇〇年 〇月 〇日	(五) 傷病見舞金	(へき地会員加算 有・無) 円
診療区分	1 2 3 4 入院 外来 歯科 調剤	療養日数	1日	療養に要した費用	2,510 円

組合員証を使用しなかった理由(具体的に詳しく)	医療機関又は薬局名及びその住所
旅行中、組合員証を持参していなかった。	〇〇病院 神崎市神埼町〇-〇-〇〇〇 TEL(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
	区分 保険医療機関・薬局・その他( )

上記のとおり請求します  
 公立学校共済組合佐賀支部長 様  
 (一財)佐賀県教職員互助会理事長 様  
 〇〇年 〇月 〇日 請求者  
 住所 佐賀市南佐賀〇丁目〇〇-〇〇  
 氏名 武雄 さき子 印  
 自宅電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます  
 〇〇年 〇月 〇日 所属長  
 職名 〇〇〇中学校長  
 氏名 唐津 俊夫 職印  
 所属電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

1. 欄は記入しないでください
2. 裏面記載の書類を添付してください。

2. 治療用装具（コルセット）を作成したとき

療養費・家族療養費等請求書

(共) 運規様式第5号、7号、8号

(互) 様式第14号

組合員氏名
職員番号
公立 一郎
5   1   2   3   4   5   6

療養費 (互) 会員医療補助金  
 一部負担払戻金 (互) 扶養家族医療補助金  
 家族療養費(同附加金) (互) 傷病見舞金  
 高額療養費

所 属	所 属 名
事務担当者印	所 属 コー ド
①	〇〇〇小学校
	3   4   0   0   0   0

給付該当(事実発生)年月日				診療区分	公費コード	日数	決 定 額							
年号	年	月	日				決定給付		附加給付	互助会				
							療 養 費 家族療養費	高額療養費	一部負担払戻金 家族療養費附加金	会員医療補助金 扶養家族医療補助金	傷病 日数	傷病 コード		

療養に関する こと	療養者名	公立 一郎		査定額(保険対象額)	円
	生年月日	S34年 6月 4日生		療 養 費	円
	性別・続柄	男	続柄(本人)	家 族 療 養 費	円
	傷病名	腰椎圧迫骨折		高 額 療 養 費	円
	傷病の原因	荷物を持ったまま体をひねった (公務外)		一 部 負 担 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	円
	初診年月日	〇〇年 〇月 〇日		(互) 会 員 医 療 補 助 金 扶 養 家 族 医 療 補 助 金	円
	療養期間	(始) 年 月 日	(終) 年 月 日	(互) 傷 病 見 舞 金	(へき地会員加算 有・無) 円
診療区分	1 2 3 4 入 外 歯 調 院 来 科 剤	療養日数	日	療養に要した費用	20,200 円

組合員証を使用しなかった理由(具体的に詳しく)	医療機関又は薬局名及びその住所
装具作成のため	〇〇病院 佐賀市大和町尼寺〇-〇〇 TEL(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
	区分 保険医療機関・薬局・その他( )

上記のとおり請求します  
 公立学校共済組合佐賀支部長 様  
 (一財)佐賀県教職員互助会理事長 様  
 〇〇年 〇月 〇日 請求者  
 住所 佐賀市城内〇丁目〇-〇〇  
 氏名 公立 一郎 ①  
 自宅電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます  
 〇〇年 〇月 〇日 所属長  
 職名 〇〇〇小学校長  
 氏名 本庄 三男 ①  
 所属電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

1. 〇〇 欄は記入しないでください
2. 裏面記載の書類を添付してください。

3. 小児めがねを作成したとき

療養費・家族療養費等請求書

(共) 運規様式第5号、7号、8号

(互) 様式第14号

組合員氏名
職員番号
公立 花子
5 6 7 8 9 0 0

療養費 (互) 会員医療補助金  
 一部負担払戻金 (互) 扶養家族医療補助金  
 家族療養費(同附加金) (互) 傷病見舞金  
 高額療養費

所 属 事務担当者印	所 属 名
㊟	所 属 コード
	〇〇〇小学校
	3 4 0 0 0 1

給付該当(事実発生)年月日				診療区分	公費コード	日数	決 定 額					
年号	年	月	日				決定給付		附加給付	互助会		
							療 養 費 家族療養費	高額療養費	一部負担払戻金 家族療養費附加金	会員医療補助金 扶養家族医療補助金	傷病 日数	傷病 コード

療養に関する こと	療養者名	公立 ユキ子		査定額(保険対象額)		円
	生年月日	H22年 5月 4日生		請 求 金 額	療 養 費	円
	性別・続柄	男・(女) 続柄(二女)			家 族 療 養 費	円
	傷病名	両眼弱視			高 額 療 養 費	円
	傷病の原因	生まれつきのため		一 部 負 担 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	円	
	初診年月日	〇〇年 〇月 〇日		(互) 会 員 医 療 補 助 金 扶 養 家 族 医 療 補 助 金	円	
	療養期間	(始) 年 月 日	(終) 年 月 日	(互) 傷 病 見 舞 金	(へき地会員加算 有・無)	円
診療区分	1 2 3 4 入 外 歯 調 院 来 科 剤	療養日数	日	療養に要した費用		20,200 円

組合員証を使用しなかった理由(具体的に詳しく)	医療機関又は薬局名及びその住所
小児めがね作成のため	〇〇眼科 佐賀市天神〇丁目〇-〇〇 TEL(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
	区分 保険医療機関・薬局・その他( )

上記のとおり請求します  
 公立学校共済組合佐賀支部長 様  
 (一財)佐賀県教職員互助会理事長 様  
 〇〇年 〇月 〇日 請求者  
 住所 佐賀市城内〇丁目〇-〇〇  
 氏名 公立 花子 ㊟  
 自宅電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます  
 〇〇年 〇月 〇日 所属長  
 職名 〇〇〇小学校長  
 氏名 佐賀 美子 職印  
 所属電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

1. 〇〇欄は記入しないでください
2. 裏面記載の書類を添付してください。

4. 弾性着衣等を購入したとき

療養費・家族療養費等請求書

(共) 運規様式第5号、7号、8号

(五) 様式第14号

組合員氏名
職員番号
鳥栖 太郎
5 4 3 2 1 0 0

療養費 (五) 会員医療補助金  
 一部負担払戻金 (五) 扶養家族医療補助金  
 家族療養費(同附加金) (五) 傷病見舞金  
 高額療養費

所 属 事務担当者印	所 属 名
	所 属 コー ド
印	〇〇〇中学校
	3 5 9 0 0 0

給付該当(事実発生)年月日				診療区分	公費コード	日数	決 定 額					
年号	年	月	日				決定給付		附加給付	互助会		
							療 養 費 家族療養費	高額療養費	一部負担払戻金 家族療養費附加金	会員医療補助金 扶養家族医療補助金	傷病 日数	傷病 コード

療養に関する こと	療養者名	鳥栖 うめ		査定額(保険対象額)		円
	生年月日	S56年5月7日生		請 求 金 額	療 養 費	円
	性別・続柄	男・女 続柄(妻)			家 族 療 養 費	円
	傷病名	右乳がん術後リンパ浮腫			高 額 療 養 費	円
	傷病の原因	乳がんの手術を受けた後、 着衣の指示が医師からあった。		一 部 負 担 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	円	
	初診年月日	〇〇年〇月〇日		(五) 会 員 医 療 補 助 金 扶 養 家 族 医 療 補 助 金	円	
	療養期間	(始) 年 月 日	(終) 年 月 日	(五) 傷 病 見 舞 金	(へき地会員加算 有・無)	円
診療区分	1 2 3 4 入 外 歯 調 院 来 科 剤	療養日数	日	療養に要した費用		20,200 円

組合員証を使用しなかった理由(具体的に詳しく)	医療機関又は薬局名及びその住所
弾性ストッキング購入のため	〇〇病院 佐賀市駅前中央〇-〇〇 TEL(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
	区分 保険医療機関・薬局・その他( )

上記のとおり請求します  
 公立学校共済組合佐賀支部長 様  
 (一財)佐賀県教職員互助会理事長 様  
 〇〇年〇月〇日 請求者  
 住所 佐賀市城内〇丁目〇-〇〇  
 氏名 鳥栖 太郎 印  
 自宅電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます  
 〇〇年〇月〇日 所属長  
 職名 〇〇〇中学校長  
 氏名 佐賀 二郎 職印  
 所属電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

1. 欄は記入しないでください
2. 裏面記載の書類を添付してください。