

療養費・家族療養費等請求書

(共) 支 部 様 式

(五) 様 式 第 11 号

組合員氏名
職員番号

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	所 属 名
事務担当者	所属コード

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					査定額 (保険対象額)	円	
	生年月日	年	月	日生	請求 金額	療 養 費	円	
	続柄	続柄 ()				家 族 療 養 費	円	
	傷病名					高 額 療 養 費	円	
	傷病の原因					一部負担払戻金 家族療養費附加金	円	
	初診年月日	年	月	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 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤	療養日数	日		療養に要した費用	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
	TEL () -
	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

令和 年 月 日 請求者 住所
 氏名
 自宅電話番号 () -

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます

令和 年 月 日 所属長 職名
 氏名
 所属電話番号 () -

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。

<添付書類>

組合員証を提示せず、療養を受けた場合	<ul style="list-style-type: none">・診療報酬明細書（レセプト）・医療機関で10割支払った分の領収書
装具を作成した場合	<ul style="list-style-type: none">・医師の証明書・装具の見積書、請求書、領収書
小児めがねを作成した場合	<ul style="list-style-type: none">・医師の治療用眼鏡等の作成指示書（患者の検査結果）・治療用眼鏡等の領収書
四肢リンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入した場合	<ul style="list-style-type: none">・医師の弾性着衣等装着指示書・弾性着衣等の領収書
海外で診療を受けた場合	<ul style="list-style-type: none">・診療内容明細書（現地医療機関での証明が必要）及び邦訳・領収明細書（現地医療機関での証明が必要）及び邦訳・領収書原本・海外に渡航した事実を証明する書類（パスポートの写し等）・海外の医療機関等に対して受診内容等を照会することについて、診療を受けた本人の同意書