

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 |