

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) 支 部 様 式

(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 事務担当者	所 属 名
	所 属 コー ド
	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			
	性別・続柄	男	女	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 7 月 20 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	(互) 傷 病 見 舞 金	(へき地会員加算 有・無) 円	
診療区分	1	2	3	4	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 8 月 3 日 請求者 住所 佐賀市城内〇丁目〇-〇〇
 氏名 公立 一郎
 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 8 月 3 日 所属長 職名 〇〇〇小学校長
 氏名 本庄 三男
 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) 支 部 様 式

(五) 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 (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
	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 7 月 18 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
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 8 月 3 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 8 月 3 日 所属長 職名 〇〇〇小学校長
 氏名 佐賀 美子
 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。

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) 支 部 様 式

(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	所 属 名
事 務 担 当 者	所 属 コー ド
	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 8 月 5 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 8 月 10 日 請求者 住所 佐賀市城内〇丁目〇-〇〇
 氏名 鳥栖 太郎
 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 8 月 10 日 所属長 職名 〇〇〇中学校長
 氏名 佐賀 二郎
 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。