

給付種別	区 分	療 養 費（共済組合） 家族療養費・同附加金（共済組合） 医療費補助金（互助会）	請 求 書	共済組合受付印
0 1	1 療養費 2 家族療養費			

組 合 員 (会 員) 氏 名				組 合 員 等 記号・番号	公立島根						
療 養 者 氏 名			続柄			生年月日	年 号	年	月	日	
医 療 機 関 お よ び そ の 住 所						1 本人 2 被扶養者	1 入院 2 通院	※個人 NO.			
傷 病 名				※療養期間	年 号	5	年	月	日	から療養日数※	
初 診 年 月 日	令和 年 月 日			※療養期間	年 号	5	年	月	日	まで	
療 養 に 要 用 し た 費	円			※療 養 費				円			
請 求 額 ※	療 養 費	家 族 療 養 費	同 附 加 金	医療費補助金			合 計				
	円	円	円	円			円				
請 求 理 由											
傷 病 の 原 因											

上 記 の と お り 請 求 し ま す 。

令和 年 月 日

住 所

(請求者)

氏 名

公立学校共済組合島根支部長 様 (自署によらない場合は押印が必要です。)

一般財団法人島根県教職員互助会理事長 様

所属所受付印	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 所 名
	所 属 所 長
	T E L
	公 印

1. 医療機関、薬局、その他の療養機関の作成した診療報酬領収済明細書を添付してください。

2. 治療用装具を購入した場合は、領収書、医師の同意書、装具の処方明細を添付してください。 (療養期間 ・ 日数の欄は記入不要)

3. 請求理由、傷病の原因は、具体的に詳しく書いてください。

4. ※印欄は記入しないでください。

5. 年号は、昭和3、平成4、令和5とする。

(R6.12)

給付種別		区 分		療 養 費（共済組合）		治療用装具(コルセット等)を購入した場合	
0 1		1 療養費 2 家族療養費		家族療養費・同附加金（共済組合）		請 求 書	
				医療費補助金（互助会）			
組 合 員 (会 員) 氏 名		公立 太郎		組 合 員 等 記号・番号		昭和:3 平成:4 令和:5 を記入	
療 養		花子		続 柄		妻	
医 療 お そ の 住 所		松江市〇〇町123		生 年 月 日		3 6	
傷 病 名		腰椎骨折		※ 療 養 期 間		この部分は記入不要	
初 診 年 月 日		令和 〇 年 〇 月 〇 日		※ 療 養 費		25,000 円	
療 養 に 要 用 し た 費		25,000 円		※ 療 養 費		円	
請 求 額		療 養 費		家 族 療 養 費		同 附 加 金	
※		円		円		円	
請 求 理 由		治療用装具を購入したため		医療費補助金		合 計	
傷 病 の 原 因		運動中に高所から落下したため		円		円	
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。		令和 〇 年 〇 月 〇 日		住 所		松江市〇〇町123	
				(請求者)		氏 名 公立 太郎	
						(自署によらない場合は押印が必要です。)	
公立学校共済組合島根支部長 様							
一般財団法人島根県教職員互助会理事長 様							
所属所受付印		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		所属所名		公 印	
				所属所長			
				T E L			

1. 医療機関、薬局、その他の療養機関の作成した診療報酬領収明細書を添付してください。
2. 治療用装具を購入した場合は、領収書、医師の同意書、装具の処方明細を添付してください。（療養期間 ・ 日数の欄は記入不要）
3. 請求理由、傷病の原因は、具体的に詳しく書いてください。
4. ※印欄は記入しないでください。
5. 年号は、昭和3、平成4、令和5とする。

給付額		公立 太郎		組合員等 記号・番号		治療用装具(治療用眼鏡)を購入した場合													
★装着期間の制限があります。 5歳未満:前回の装着から1年以上 5歳以上:前回の装着から2年以上		公立 太郎		組合員等 記号・番号		①年号は平成:4、令和:5を記入。 ②9歳以上の被扶養者の治療用眼鏡等の購入については、療養費を請求することはできません。													
傷病名には、弱視、斜視又は先天性白内障術後のいずれかが含まれている必要があります。		続柄 長女		生年月日		年号 4		年 2		月 7		日 0		8		0		1	
傷病名		弱視、斜視		療養期間		1 本人 2 被扶養者		1 入院 2 通院		※個人 NO.		通院に○							
支給額の制限があり、領収金額が40,492円を超える場合は、40,492円を療養に要した費用として支給額を算定します。		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費	
療養に要した費用		30,000		円		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費		療養費	
請求額		療養費		家族療養費		同附加金		医療費補助金		合計									
請求理由		治療用眼鏡を購入したため																	
傷病の原因		先天的なもの																	
上記のとおり請求します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住所 松江市〇〇町123 (請求者) 氏名 公立 太郎 公立学校共済組合島根支部長 様 一般財団法人島根県教職員互助会理事長 様 (自署によらない場合は押印が必要です。)																			
所属所受付印		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																	
		所属所名 所属所長 T E L 公 印																	

1. 医療機関、薬局、その他の療養機関の作成した診療報酬領収済明細書を添付してください。
2. 治療用装具を購入した場合は、領収書、医師の同意書、装具の処方明細を添付してください。(療養期間・日数の欄は記入不要)
3. 請求理由、傷病の原因は、具体的に詳しく書いてください。
4. ※印欄は記入しないでください。
5. 年号は、昭和3、平成4、令和5とする。

給付種別		区 分		療 養 費（共済組合）		全額自己負担で診療を受けた場合	
0 1		1 療養費 2 家族療養費		家族療養費・同附加金（共済組合）		請 求 書	
				医療費補助金（互助会）		昭和:3 平成:4 令和:5 を記入	
組 合 員 (会 員) 氏 名	公立 太郎			組 合 員 等 記号・番号	1234567		
療 養 者 氏 名	公立 花子	続 柄	長女	生 年 月 日	年 号	4 2 7 0 8 0 1	
医 療 機 お よ そ の 住	領収書の保険診療分の金額のみ 記入してください。 ※保険外診療の金額は、療養費 の算定対象にはなりません。			1 本人 2 被扶養者	1 入院 2 通院	※ 個人 NO.	
傷 病				※ 療 養 期 間	年 号 5	年 月 日 から 療 養 日 数 ※	
初 診 年 月 日	年 〇 月 〇 日			年 号 5	年 月 日 まで		
療 養 に 要 し た 費 用	10,000 円			※ 療 養 費			
請 求 額 ※	療 養 費	家 族 療 養 費	同 附 加 金	医 療 費 補 助 金	合 計		
	この部分は記入不要						
請 求 理 由	旅行先で被扶養者証を提示できなかったため						
傷 病 の 原 因	発熱						
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 松江市〇〇町123 (請求者) 氏 名 公立 太郎 公立学校共済組合島根支部長 様 一般財団法人島根県教職員互助会理事長 様 (自署によらない場合は押印が必要です。)							
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
	所属所名 所属所長 T E L 公 印						

1. 医療機関、薬局、その他の療養機関の作成した診療報酬領収済明細書を添付してください。
2. 治療用装具を購入した場合は、領収書、医師の同意書、装具の処方明細を添付してください。（療養期間・日数の欄は記入不要）
3. 請求理由、傷病の原因は、具体的に詳しく書いてください。
4. ※印欄は記入しないでください。
5. 年号は、昭和3、平成4、令和5とする。