

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
01	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	年号	5	年	月	日
療養に要 した費用	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
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。
	令和 年 月 日
	所属所名 所属所長 TEL
	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）										治療用装具（コルセット等）を購入した場合															
01		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															
療養費補助金（互助会）		組合員（会員）氏名										組合員等記号・番号																	
				公立 太郎										1234567															
療養		装着証明書に記載された傷病名を記入		花子		続柄		妻		生年月日		年号		3		6		装着証明書に記載された入院外来の別を記入											
医療		お		科		町		1 2 3		1 本人		2 被扶養者		1 入院		2 通院		個人NO.											
傷病名		腰椎骨折		※		年号		5		年		月		日		から		療養日数		※									
初診年月日		令和 〇年 〇月 〇日		領収書の金額を記入		年号		5		年		月		日		まで				この部分は記入不要									
療養に要した費用		25,000		※		療養費		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		この部分は記入不要		円		円		円		円		円							
請求理由		治療用装具を購入したため																											
傷病の原因		運動中に高所から落下したため																											
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。)																													
所属所受付印		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																													
2000.0.0		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																											
収受		令和 〇年 〇月 〇日																											
〇〇小学校		所属所名 〇〇小学校																											
		所属所長 校長 共済 一郎																											
		TEL 0852-12-3456																											
		〇 〇 小学校 長公印																											

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。

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

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。

組合員 (会 員) 氏 名	公立 太郎	組合員等 記号・番号	
---------------------	-------	---------------	--

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 2 7 0 8 0 1

1 本人 2 被扶養者 1 入院 2 通院 ※個人NO.

通院に○

傷 病 名	弱視、斜視
-------	-------

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。

療養期間	年号 5	年	月	日
療養期間	年号 5	年	月	日
療 養 費	この部分は記入不要			
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
※	この部分は記入不要				
	円	円	円	円	円

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 松江市○○町123

(請求者)

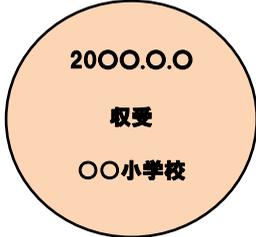
氏 名 公立 太郎

(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。



令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所名 ○○小学校
所属所長 校長 共済 一郎
T E L 0852-12-3456



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											
01		1療養費 2家族療養費		療養費（共済組合）												請求書											
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		年		月		日								
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		年		月		日		から		療養日数		※	
初診年月日		年		月		日		年号		年		月		日		まで		日		日		日					
療養に 要 した 費用		10,000						円						※療養費						円							
請求額		療養費						円						この部分は記入不要						円							
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																									
所属所受付印		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。)																									
2000.00 収受 〇〇小学校		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和〇年〇月〇日 所属所名 〇〇小学校 所属所長 校長 共済 一郎 TEL 0852-12-3456																									
		〇〇小学校 長公印																									

- 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。
- 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）
- 請求理由、傷病の原因は、具体的に詳しく書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 年号は、昭和3、平成4、令和5とする。