

療養費・家族療養費

訪問看護療養費・家族訪問看護療養費

一部負担払戻金・家族療養費附加金

移送費・家族移送費・入院時食事療養費・高額療養費

(互)組合員医療費・(互)家族医療費

該当する項目を丸で囲んでください

請求書

太枠内共済記入欄

法定給付	円
払戻金	円
附加金	円
(互)医療費	円
決定額	円

所属所名 (所属コード)		任意継続組合員 (E 9998)			組合員番等 記号・番号	公立徳						
療養者	氏名				組合員氏名							
					統柄	生年月日	昭和	平成	年	月	日	
療養期間		開始 令和 年 月 日	療養費	令和 年 月 日	終了 令和 年 月 日	支払年月日						
療養に要した費用		円	乳幼児医療費助成等 地方公共団体等からの 助成の有無	有	・	無	名称 ()	子供の給付金決定通知書の送付を希望する□				
傷病名					傷病の原因	公務災害・第三者加害ではありません □ ※公務(通勤)災害・第三者加害の場合は請求できません 公務災害等でないことがわかるように記入してください						
初診・初回施術日		昭和 年 月 日	組合員証を 使用しなかった理 由	1. 補装具購入 2. はり・灸・マッサージ 3. 組合員証不携帯 4. その他(詳細を記入)								
療養機関名 または薬局名												
移送があった場合 右の欄を 記入してください		移送 承諾日 令和 年 月 日 移送区間 移送方法 及び経路										
上記のとおり申請します。												
公立学校共済組合徳島支部長 殿												
令和 年 月 日 組合員 住所												
氏名 (印)												
(自署の場合省略可)												

・添付書類：1. 領収書(原本)

補装具購入の場合：1と「治療用装具制作指示装着証明書(原本)」

小児弱視等の治療用眼鏡購入の場合：1と「弱視等療養眼鏡等制作指示書(原本)」と「*患者の検査結果」

*作成指示書に記載されている場合は不要

・移送費の請求については、医師又は歯科医師の、移送を必要と認めた理由(付添いがあった場合は、付添いを必要と認めた理由及び付添い者の氏名・住所)が記載された書類と、移送に要した費用が記載された書類、また、医療機関に入院した場合は、入院期間・医療機関名・所在地が記載された書類を添付してください。

公立学校共済組合	受付欄
----------	-----

療養費・家族療養費

訪問看護療養費・家族訪問看護療養費
一部負担払戻金・家族療養費附加金
移送費・家族移送費・入院時食事療養費・高額療養費
(互)組合員医療費・(互)家族医療費

該当する項目を丸で囲んでください

請求書

太枠内共済記入欄

法定給付	円
払戻金	円
附加金	円
(互) 医療費	円
決定額	円

所属所名 (所属コード)		任意継続組合員 (E 9998)		組合員番等 記号・番号	公立徳 1234567
療養者	氏名	徳島 花子	続柄 長女	組合員氏名	徳島 太郎
療養期間		開始 令和 6 年 12 月 20 日 終了 令和 6 年 12 月 20 日	生年月日	昭和 平成 20 年 10 月 1 日 令和	
療養に要した費用		領収書に書かれている金額を 記入してください	療養費 支払年月日	領収書に書かれている日付を記入してください 令和 6 年 12 月 20 日	子どもの治療用装具の 給付金決定通知書が 必要なら□にチェック
傷病名		「医師の装着証明書」等に書かれている 傷病名を記入してください	乳幼児医療費助成等 地方公共団体等からの 助成の有無	名称 (有)	子供の給付金決定通知書の送付を希望する□
初診・初回施術日		昭和 平成 3 年 12 月 1 日 令和	傷病の原因	公務災害・第三者加害ではありません 例: 使い痛み 自宅で作業中に転倒 趣味のスポーツで負傷 ※公務(通勤)・災害・第三者が 公務災害等でないことがわかる	□ □にチェックを いれてください
療養機関名 または薬局名		○○病院	組合員証を 使用しなかった理 由	1. 補装具購入 2. はり・灸・マッサ 3. 組合員証不携帯 4. その他(詳細を記入)	□ □にチェックを いれてください
移送があった場合 右の欄を 記入してください		移送 承諾日 移送区間 移送方法 及び経路	公務災害(公務中に発生し たけが)・第三者加害の場 合は請求できません。公務 災害等でないことがわかる ように、どこでけがをした のか、何をしていてけがを したのか、具体的に記入し てください。公務災害等の 可能性があると判断した場 合、確認させていただくこ とがあります。	123-456 組合員の住所を記入して ください 徳島 太郎 (印)	(自署の場合省略可)

・添付書類: 1. 領収書 (原本)

補装具購入の場合: 1 と

小児弱視等の治療用眼鏡購入の場合: 1 と「弱視等療養眼鏡等制作指示書 (原本)」と「*患者の検査結果」

*作成指示書に記載されている場合は不要

・移送費の請求については、医師又は歯科医師の、移送を必要と認めた理由(付添いがあった場合は、付添いを必要と認めた理由及び付添い者の氏名・住所)が記載された書類と、移送に要した費用が記載された書類、また、医療機関に入院した場合は、入院期間・医療機関名・所在地が記載された書類を添付してください。

公立学校共済組合	受付欄
----------	-----