

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

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

該当する項目を丸で囲んでください

所属所名 (所属コード)		(E )		組合員等 記号・番号	公立徳
				組合員氏名	
療養者	氏名	続柄		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
療養期間		開始	令和 年 月 日	療養費 支払年月日	令和 年 月 日
		終了	令和 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	対象 ・ 非対象 名称 ( ) 子供の給付金決定通知書の送付を希望する <input type="checkbox"/>
傷病名				傷病の原因	公務災害・第三者加害ではありません <input type="checkbox"/> ※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 平成 年 月 日 令和			
療養機関名 または薬局名				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) 〔 〕
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 〒  
(一財)徳島県教職員互助組合理事長 住所  
令和 年 月 日 組合員 氏名

印

(自署の場合省略可)

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  
職名  
所属所長  
氏名

所属所受付年月日
所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。
令和 年 月 日

添付書類

- 補装具購入の場合：「領収書（原本）」と「治療用装具製作指示装着証明書（原本）」
- 小児弱視等の治療用眼鏡購入の場合：「領収書（原本）」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
- 保険証を使用せず10割負担した場合：「※医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書（様式3-2～3-4）」  
※前保険者の保険証を誤って使用し受診した場合、前保険者に診療報酬明細書（レセプト）  
の発行を依頼し、返金したことがわかる書類の写しと併せて添付する
- 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、医療機関 関係書類を 添付し、請求し、請求書に添付する。

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

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

該当する項目を丸で囲んでください

所属所名 (所属コード)		〇〇小学校 (E 1234 )		組合員等 記号・番号 1234567	
療養者 氏名		徳島 花子		組合員氏名 徳島 太郎	
続柄 長女		生年月日		年 10 月 1 日	
療養期間		開始 令和 6 年 12 月 20 日 終了 令和 6 年 12 月 20 日		療養 支払年月日 令和 6 年 月 日	
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 円		乳幼児医療費助成等 地方公共団体等からの 助成 名称 ( 対象 ・ 非対象 ) 子供の給付金決定通知書の送付を希望する <input type="checkbox"/>	
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		傷病の原因 公務災害・第三者加害ではありません <input checked="" type="checkbox"/> 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・第三者加害 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、何をしていたけがを 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。	
初診・初回施術日		昭和 平成 3 年 12 月 1 日 <b>令和</b>		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) 公務災害・第三 者加害でないこ とを確認して <input type="checkbox"/> にチェックを いれてください	
療養機関名 または薬局名		〇〇病院			
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 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県 (一財)徳島県教職員互助会 令和 6 年 12 月 26 日		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)	
上記の記載事項は、事実		令和 6 年 12 月 26 日		所属所受付年月日 所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。	
職名 所属所長 氏名		〇〇小学校 阿波 二郎		受付印は所属所経由であることを 確認するために必ず必要です。 押印がない場合は受付できません。	

添付書類

- 補装具購入の場合：「領収書（原本）」と「治療用装具製作指示装着証明書（原本）」
- 小児弱視等の治療用眼鏡購入の場合：「領収書（原本）」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
- 保険証を使用せず10割負担した場合：「※医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書（様式3-2～3-4）」  
※前保険者の保険証を誤って使用し受診した場合、前保険者に診療報酬明細書（レセプト）  
の発行を依頼し、返金したことがわかる書類の写しと併せて添付する
- 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

公立 学校 共 済 組 合	受付欄
------------------------------	-----