

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

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)		(E)		組合員等 記号・番号	公立徳
療養者	氏名	統柄		組合員氏名	
				生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和
療養期間		開始 令和 年 月 日	終了 令和 年 月 日	療養費 支払年月日	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□
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 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
 令和 年 月 日 組合員 住所
 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

1.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)」

2.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

3.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

4.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	
-----------------	--

法定給付	円
払戻金	円
附加金	円
(互) 医療費	円
決定額	円

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

所属所名 (所属コード)		○○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	
療養期間		開始 令和 6 年 12 月 20 日 終了 令和 6 年 12 月 20 日	統柄 長女	生	普段、乳幼児助成等の 地方公共団体からの助成を 受けている場合は 対象に丸をしてください	
			療 支払年月日	令和 6 年	年 10 月 1 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
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	対象 · 非対象 名称 (乳幼児助成) 子供の給付金決定通知書の送付を希望する□	
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 例: 使い始め 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場合	
初診・初回施術日		昭和 平成 3 年 12 月 1 日 令和		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)	
療養機関名 または薬局名		○○病院			公務災害・第三 者加害でないこ とを確認して □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				
上記のとおり申請します。		公立学校共済組合徳島県教職員互助会 令和 6 年 12 月		123-456	組合員の住所を記入してください 徳島 太郎	
上記の記載事項は、事実					(印) (自署の場合省略可)	
令和 6 年 12 月 26 日				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。		
職名 所属所長		○○小学校		受付印		
氏名		阿波 二郎		令和 年 月 日		

添付書類

1.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)」

2.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

3.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

4.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	
-------------	--