

法定給付	円
一部負担金払戻金	円
家族療養費附加金	円
互)医療費	円
決定額	円

所 属 所 名 (所 属 コ 一 ド)	(E)		組合員氏名					
組合員等記号・番号		療 養 者 氏 名	続 柄	療養費等支払年月日		※査定額		
		療 養 者 生 年 月 日		年 号	年	月	日	
		昭和 年 月 日	平成 年 月 日			療養に要した費用		
		平成 年 月 日	令和 年 月 日					
初 診・初 回 施 術 日	療 養 期 間			区 分		公務上・公務外・第三者加害		
平成 年 月 日	平成 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	傷病の原因 (何処で、何をしていて、怪我をしたかを詳しく記入)					
令和 年 月 日	平成 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで						
医療機関の名 称又は薬局名 及び所在地				療 病 名				
海外渡航 の状況	渡航期間		平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで				
	渡航目的 ( )							
	海外滞在の理由 ( )							

調査に  
関わる  
同意欄

私(療養を受けた者)、\_\_\_\_\_は、公立学校共済組合の職員又は公立学校共済組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

療養者氏名

印

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。  
(自署の場合省略可)  
なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が名、押印して下さい。

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

元 一

請求者 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

令和 年 月 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、担当者印を記入押印してください。

- ※印欄は、記入しないでください。
- 診療内容明細書および領収明細書は全国共通の様式となっています。療養費請求書と併せて徳島支部のホームページよりダウンロードしてください。
- 添付書類として、領収書(原本)並びに海外に渡航した事実を証する書類の写しが必要になります。
- 請求の単位として、各月ごと、受診者ごと、入院・外来ごと、医療機関ごとが1件となります。
- 詳しい内容は、徳島支部のホームページを参照下さい。

2021.11更新

公立学校共済組合 受付欄
-----------------