


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

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)		組合員番号	
				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 年 年	療養費	令和 年 月 日
		終了	令和 年 年 年	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	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		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 (一財)徳島県教職員互助組合理事長 令和 年 月 日		殿		〒 住所 組合員 氏名  (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. 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

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

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	令和 6 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 〇 月 〇 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	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 <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 ようであれば「公務災害等でないこと」を 組合員証に記入してください	
初診・初回施術日		昭和 平成 3 年 12 月 1 日 令和		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		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 してください)		
上記のとおり申請します。		公立学校共済組合徳 (一財)徳島県教職員互助 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 Ⓜ (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		〇〇小学校		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。		
所属所長 氏名		阿波 二郎				

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
----------	-----