

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

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)		任意継続組合員 (E 9998)		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 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 ☐
初診・初回施術日		昭和 平成 年 月 日 令和			※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
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 千 住
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

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)		任意継続組合員 (E 9998)		組合員番号	1234567	
				組合員氏名	徳島 太郎	
療養者	氏名	徳島 花子		続柄	昭和 平成 20 年 10 月 1 日 令和	
				長女		
療養期間		開始 令和 6 年 12 月 20 日 終了 令和 6 年 12 月 20 日		療養費 支払年月日	令和 6 年 12 月 20 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 助成の有無	有 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 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）	
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 ☐ 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		組合員証を 使用しなかった理 由		
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 及び経過		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)		
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合徳島 令和 6 年 12		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。				

・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
----------------------	---------