

## 療養費等請求書(治療用装具)

(療養費・家族療養費・一部負担金払戻金・家族療養費附加金)

●太線枠内は記入しないでください

所属所名	<b>新宿区立公立小学校</b>										
	電話 03 (5320) 6827										
組合員氏名	<b>東京 太郎</b>	職名	<b>教諭</b>	組合員証番号	08765432	(枝番)	00				
フリガナ療養者名	トウキョウタロウ <b>東京 太郎</b>	組合員との続柄	(本人)・家族	生年月日	昭和/平成 令和	57	年	04	月	03	日
傷病名	<b>右アキレス腱断裂</b>	組合員証を使用しなかった理由	治療用装具のため								
初診年月日	令和3年4月9日	※ 傷病の原因 □にチェックしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 公務災害(家族の場合は労働災害)でない <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為でない <input type="checkbox"/> 自宅にて転倒したため								
治療用装具に要した費用	¥57,628-	装具	入院1:外来2	公費受給者		装具1年					
※入院外来の別(該当する方に○)	入院・(外来)	診療日		年		月		日	日数		日
給付算定基礎額		療養費支給額									

医 師 証 明 欄	意見及び装具装着証明											
	患者名		生年月日	昭和・平成		年		月		日	性別	男・女
	傷病名											
	上記疾患治療のため、 <u>令和2年4月13日</u> に <u>下肢装具</u> の装着の必要を認め <u>令和2年4月21日</u> に装着した事を証明します。  令和3年4月27日 医療機関の所在地 <b>東京都新宿区西新宿 1-1-1</b> 医療機関の名称 <b>西新宿病院</b> 医師名 <b>私立花子</b>											

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合東京支部長 殿

住所 **東京都新宿区西新宿 2-8-1**  
氏名 **東京 太郎**

請求者

令和3年4月28日

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	事務取扱者氏名
令和3年4月28日 所属所長 職名 <b>新宿区立公立小学校長</b> 氏名 <b>公立 一郎</b> (公印省略)	

添付書類	共済組合受付
製作所の領収書及び明細、医師の診断書等(医師証明欄を使用しない場合) ※小児弱視等の治療用眼鏡等については、「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」を添付してください。(本請求書「医師証明欄」は記入不要)	

※傷病の原因：公務災害・通勤災害の認定請求中の場合、第三者行為による場合等は請求できません。  
原因不明の場合は「不明」と記入してください。

※入院外来の別：装具代金を支払った日(領収書記載日)に入院していた場合は、「入院」に○印を付してください。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当