

<記入例②>

療 養 費 等 請 求 書 (院外処方ありの場合)

(療養費・家族療養費・一部負担金払戻金・家族療養費附加金・入院時食事療養費)

所属所名	新宿区立公立小学校										電話	03 (5320) 6827									
組合員氏名	東京 太郎		職名	教諭		組合員証番号	08765432				(枝番)	00									
フリガナ療養者名	トウキョウジロウ 東京 次郎		本人・ <u>家族</u>	生年月日	昭和・平成 <u>令和</u>		06年		04月		03日										
組合員との続柄	長 男		医科区分	入院1: 外来2: 歯科3: 調剤4 柔道6: 鍼灸7: 按摩8				公費受給者													
傷病名	高ビリルビン血症		診療日	具体的に記入してください。 記載内容について特定できない場合は、「不明」と記入してください。								から	診療実日数								
初診年月日	令和6年4月3日											まで									
傷病の原因	出生による											日									
療養に要した費用	¥300,000-		給付算定基礎額				支給額														
請求金額	¥240,000-																				
医療機関の名称及び所在地																					
西新宿病院 東京都新宿区西新宿 1-1-1																					
薬局の名称及び所在地																					
西新宿調剤薬局 東京都新宿区西新宿 1-1-2																					
入院期間 (入院時食事療養費を請求する場合のみ記入してください)										食事療養に要した費用											
年 月 日 から 年 月 日 まで																					
組合員証を使用しなかった理由 (いずれかに○)																					
☒ 組合員証の発行待ちだったため ・ 海外での診療だったため ☐ 鍼灸、あんま、マッサージ施術のため ・ その他 ()																					
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																					
令和 6 年 4 月 25 日										住 所 東京都新宿区西新宿 2-8-1											
										請 求 者 署 名 東京 太郎											
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 6 年 4 月 26 日																					
所属所長 職 名 新宿区立公立小学校長																					
氏 名 公立 一郎 (公印省略)																					
添付書類	1 組合員証・被扶養者証を提示できなかったとき		診療(調剤)報酬領収済明細書(用紙No.療養2、3又は4)又は医療機関発行の診療(調剤)報酬明細書、領収書(原本) ※傷病名の記載がない診療明細書等は不可								共済組合受付										
	2 以前加入していた健康保険の保険証を使用したとき		診療(調剤)報酬明細書(写)、領収書(原本)																		
	3 海外での受診にかかる請求		診療内容明細書(用紙No.療養5又は6)、領収明細書(用紙No.療養5-2)、領収書(原本)、調査に係る同意書(用紙No.療養5-3)、海外に渡航した事実を証する書類の写し(航空券、パスポート等)																		
	4 はり・きゅうの施術料請求		保険医の同意書(用紙No.療養7)、領収書(原本)、施術料金明細書(用紙No.療養8)又は施術所作成の施術料申請書等																		

※ 請求書は月ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに作成してください。

院外処方の場合は、病院と薬局とで1枚の請求書を作成してください。

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

(令和6年1月)