

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)

所属所名		電話 ()															
組合員氏名		職名	組合員証番号						(枝番)		0		0				
フリガナ療養者名		本人・家族		生年月日		昭和・平成 令和		年		月		日					
傷病名		組合員との続柄				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		※ 傷病の原因 □にチェックしてください		□ 公務災害(家族の場合は労働災害)でない □ 第三者行為でない													
治療用装具に 要した費用		装 具		入院1：外来2		公費受給者				耐用年数							
※入院外来の別 (該当する方に○)		入院・外来		診療日		令和		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 令和		年		月		日		性別		男・女		
	傷病名																
	上記疾患治療のため、 年 月 日に の装着の必要を認め 年 月 日 に装着した事を証明します。 年 月 日 医療機関の所在地 医 療 機 関 の 名 称 医 師 名																
	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 年 月 日 請求者 住 所 署 名																
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名 (公印省略)														事務取扱者氏名			
添付書類		製作所の領収書及び明細(原本)、医師の製作指示書等(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)														共済組合受付	

●太線枠内は記入しないでください

※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

(令和6年1月)