

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	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	トウキョウタロウ 東京 太郎		本人・家族		生年月日	昭和	平成	令和	58	年	04	月	03	日							
傷病名	右アキレス腱断裂		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	令和6年4月9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 自宅にて転倒したため																
治療用装具に要した費用	¥57,628-		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。また、□に必ずチェックをしてください。																		
※入院外来の別 (該当する方に○)	入院・外来		装 診 日																		
給付算定基礎額																					
意見及び装具装着証明																					
医	患者名			生年月日	昭和・平成	令和	年	月	日	性別	男・女										
師	傷病名																				
証	上記疾患治療のため、 <u>令和6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6年4月21日</u> に装着した事を証明します。																				
欄	令和6年4月25日 医療機関の所在地 東京都新宿区西新宿 1-1-1 医療機関の名称 西新宿病院 医師名 私立花子																				
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26日 請求者 住所 東京都新宿区西新宿 2-8-1 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。 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)												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									
※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)