

<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・ 家族	生年月日	昭和・平成 令和	04	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		診療期間	年	月	日	から	診療実日数							
初診年月日	令和4年4月3日			年	月	日	まで	日							
傷病の原因	出生による			年	月	日	まで	日							
療養に要した費用	領収書総金額		給付算定基礎額				支給額								
請求金額	¥319,270-														
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 (具体的に書いてください)															
出生後の検査のため、被扶養者申請中で保険証が発行されていなかった。															
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 4 年 4 月 27 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。										事務取扱者氏名					
令和 4 年 4 月 28 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												
	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4年1月)					

●太線枠内は記入しないでください