

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											
組合員氏名	職名	組合員証番号	電話 ()				(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 <input type="checkbox"/> にチェックしてください		<input type="checkbox"/> 公務災害(家族の場合は労働災害)でない <input type="checkbox"/> 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		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					
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										
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医 師 名</p>											

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。	事務取扱者氏名
年 月 日	
所属所長 職 名 氏 名	(公印省略)

添付書類	製作所の領収書及び明細(原本)、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)	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