

<記入例>

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4年4月9日	※ 傷病の原因 □にチェックしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 公務災害(家族の場合は労働災害)でない <input checked="" type="checkbox"/> 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-	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・ <u>外来</u>	診療日		年	月
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	東京 太郎	生年月日	昭和・平成 令和	58年4月3日	性別	男・女
	傷病名	右アキレス腱断裂					
上記疾患治療のため、 <u>令和4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4年4月21日</u> に装着した事を証明します。 令和4年4月27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							
※【医師の証明書等を添付する場合は、この欄の記入は不要です。】							

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28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4年4月28日	事務取扱者氏名
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	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