

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※1 □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※2 (該当する方に○)	入院・外来	診療日	令和	年	月	日	日数				
給付算定基礎額	療養費支給額										

医 師 証 明 欄 ※3	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 住 所

請求者 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	
職 名 所属所長	
氏 名	(公印省略)

添付書類 チェックリスト	<input type="checkbox"/> 製作所の領収書及び明細 (原本) <input type="checkbox"/> 医師の製作指示書等 (小児弱視等の治療用眼鏡等の場合)弱視等治療用眼鏡等作成指示書	共済組合受付
-----------------	--	--------

※1 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。

※2 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。

※3 医師の製作指示書等が添付できない場合は記載してください。小児弱視等の治療用眼鏡等に係る申請の場合は医師証明欄は使用せず、「弱視等治療用眼鏡作成指示書」を添付してください。

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8年1月)