

<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	組合員番号	0	8	7	6	5	4	3	2	(枝番)	0	0
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	5	8	年	0	4	月	0	3	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 8年 4月 9日	傷病の原因※1 □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※2 (該当する方に○)	入院・外来	診療													
給付算定基礎額		療													

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	医師の製作指示書等を添付する場合は記入不要です。												
	上記疾患治療のため、 <u>令和 8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 8年 4月 21日</u> に装着した事を証明します。 令和 8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													

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 8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 8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)	共済 太郎

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"/> (医師証明欄を使用しない場合)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)