

療養費等請求書

(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												●太線枠内は記入しないでください	
組合員氏名	職名	組合員番号	電話 ()								(枝番)		00
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							
組合員との続柄	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	診療期間	令和	年	月	日	から	診療実日数						
初診年月日		年	月	日	まで	日							
傷病の原因		年	月	日	まで	日							
療養に要した費用	給付算定基礎額							支給額					
請求金額													
医療機関の名称及び所在地													
薬局の名称及び所在地													
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 (いずれかに○)													
・マイナ保険証の切替、資格確認書の発行待ちだったため ・鍼灸、あんま、マッサージ施術のため ・海外での診療だったため ・その他 ()													
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													
所属所長 職名 氏名 (公印省略)													
添付書類チェックリスト	1 マイナ保険証・資格確認書を提示できなかったとき	<input type="checkbox"/> 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 ※傷病名の記載がない診療明細書等は不可 <input type="checkbox"/> 領収書(原本)									共済組合受付		
	2 以前加入していた健康保険の資格で受診したとき	<input type="checkbox"/> 診療(調剤)報酬明細書(写) <input type="checkbox"/> 医療費を返還した際の領収書(原本)											
	3 海外で受診したとき	<input type="checkbox"/> 診療内容明細書(用紙No.療養5又は6) <input type="checkbox"/> 領収明細書(用紙No.療養5-2) <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 調査に係る同意書(用紙No.療養5-3) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保険医の同意書(用紙No.療養7) <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 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8年1月)