

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	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	08765432	(枝番)	00								
フリガナ療養者名	トウキョウ ジロウ 東京 次郎	本人・	家族	生年月日	昭和・平成	令和	08	年	04	月	03	日			
組合員との続柄	長男	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	高ビリルビン血症	診療期	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。									から	診療実日数		
初診年月日	令和8年4月3日											まで	日		
傷病の原因	出生による											日			
療養に要した費用	¥300,000-	給付算定基礎額					支給額								
請求金額	¥240,000-														
医療機関の名称及び所在地															
西新宿病院 東京都新宿区西新宿 1-1-1															
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)															
令和8年4月15日 から 令和8年4月22日 まで							食事療養に要した費用								
							¥15,360-								
組合員証を使用しなかった理由 (いずれかに○)															
<input checked="" type="radio"/> マイナ保険証の切替、資格確認書の発行待ちだったため <input type="radio"/> 鍼灸、あんま、マッサージ施術のため <input type="radio"/> 海外での診療だったため <input type="radio"/> 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															
令和8年4月27日				住所		東京都新宿区西新宿 2-8-1									
				請求者		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	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 <input checked="" type="checkbox"/> ※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													

●太線枠内は記入しないでください

※ 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)

<記入例②>

〔用紙No.療養1〕

療養費等請求書 (院外処方ありの場合)

(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	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	08765432	(枝番)	00					
フリガナ療養者名	トウキョウ ジロウ 東京 次郎	本人・(家族)	生年月日	昭和・平成 令和	08	年	04	月	03	日		
組合員との続柄	長男	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	高ビリルビン血症	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red;"> 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。 </div>	診療期	から				診療実日数				
初診年月日	令和8年4月3日		まで					日				
傷病の原因	出生による						日					
療養に要した費用	¥300,000-	給付算定基礎額					支給額					
請求金額	¥240,000-											
医療機関の名称及び所在地												
西新宿病院 東京都新宿区西新宿 1-1-1												
薬局の名称及び所在地												
西新宿調剤薬局 東京都新宿区西新宿 1-1-2												
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○)												
<input checked="" type="radio"/> マイナ保険証の切替、資格確認書の発行待ちだったため <input type="radio"/> 鍼灸、あんま、マッサージ施術のため <input type="radio"/> 海外での診療だったため <input type="radio"/> 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												
令和8年4月27日				住所 東京都新宿区西新宿 2-8-1				請求者				
				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。						事務取扱者氏名						
令和8年4月28日						共済 太郎						
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 <input checked="" type="checkbox"/> ※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・きゆうの施術料	<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										

●太線枠内は記入しないでください

※ 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)