

療養費等請求書

高額療養費
 家族療養費
 一部負担金払戻金
 家族療養費附加金

所属所受付印	共済組合受付印

所属所コード	組合員証記号番号		組合員氏名						
	記号	番号							
	公立富								
療養者氏名	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別 男・女			
傷病名			初診年月日	令和	年 月 日				
傷病の原因 <small>(傷病の原因について、状況(いつ、どこで等)を具体的に記入してください。)</small>									
医療機関 または薬局 について	名称		住所		区分(○をつけてください。)				
					保険医療機関 保険薬局 ・ その他				
療養期間	入院	令和	年	月	日	～ 令和	年	月	日
	外来	令和	年	月	日	～ 令和	年	月	日
療養に要した費用 <small>(領収証の金額をご記入ください。)</small>							円		
請求金額							円		
組合員証等を使用しなかった理由									
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 年 月 日									
				請求者	住所	氏名			
				(自署)					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日									
				所属所名	所属所長職氏名				

- 裏面に掲載の給付事由に応じた添付書類をご提出ください。 R6.4
- 請求金額は、療養に要した費用から自己負担割合分を除いた金額となります。
 自己負担割合は、3割(未就学児(6歳に達した以後最初の3月末まで)、70歳～74歳(高所得者を除く)は2割)となります。
- 療養者が被扶養者の場合、続柄の欄は長男、長女等とご記入ください。
- 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。

共済組合記入欄 (この欄は記入しないでください。)				
決定金額	総給付金額	高額療養費	療養費 家族療養費	一部負担金払戻金 家族療養費附加金
	円	円	円	円

<添付書類>

主な給付事由	添付書類 ※ 「写し」と記載されていないものは、原本を添付してください。 ※ ○印の各様式は、富山支部ホームページからダウンロードしてください。
組合員証等を提示せず、医療機関を受診した場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬領収済明細書（医科及び当該処方箋薬局） ○ 診療報酬領収済明細書（歯科及び当該処方箋薬局） ※ 診療報酬領収済明細書の代わりに、医療機関等から発行された「診療報酬明細書」＋「領収証」の添付でも可 （領収証と同時に受け取る診療等明細書は不可）
以前加入していた健康保険組合等から医療費の返還請求があり、返還額を支払った場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 返還額を支払った際の領収証 ・ 医療保険者からの返還請求依頼文書の写し ・ 診療報酬明細書の写し（以前加入していた健康保険組合等から受領）又は共済組合から以前加入していた健康保険組合等から診療報酬明細書を受領することについての同意書
海外で医療機関を受診した場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療内容明細書（歯科以外又は歯科） ○ 領収明細書（医科・歯科共通） ・ 領収証 ・ 海外に渡航した事実を証する書類の写し ※ 診療内容明細書（歯科以外）の記入を現地担当医へ依頼する際、「○健康保険用国際疾病分類表」を一緒にお渡しください。 ※ 診療内容明細書、領収明細書及び領収証には、日本語の翻訳文が必要です。 ※ 海外で受信した場合の療養費請求書及び添付書類の注意事項について、当支部ホームページの手続きナビ「治療を受ける際の手続き」⇒「自費で支払った治療費の請求手続き」をご確認ください。
治療用装具（コルセット）を作成・購入した場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が交付した装具装着証明書 ・ 領収証 ・ 装具の種類が「靴型」の場合は、購入した靴型装具の写真
小児弱視等治療用眼鏡等を作成・購入した場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が交付した弱視等治療用眼鏡等作成指示書 ・ 領収証
弾性着衣を購入した場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が交付した弾性着衣等装着指示書 ・ 領収証
生血液の提供を受けた場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸血の必要性についての医師の証明書 ・ 領収証

※審査の結果、上記以外で追加書類をお願いすることがあります。

※給付事由が臓器移植に関する費用その他上記以外の場合は、共済組合へお問い合わせください。

※公務・業務中、通勤途上によるものは請求できません。（地方公務員災害補償基金又は労災保険へ請求）

療養費等請求書 <記入例>

高額療養費
家族療養費
一部負担金払戻金
家族療養費附加金

所属所受付印 所属所受付印	共済組合受付印
-------------------------	---------

所属所コード	組合員証記号番号		組合員氏名		
	記号	番号	公立 太郎		
〇〇〇学校	公立 富	公立 太郎			
1 2 3 4		1 2 3 4 5 6			
療養者氏名	公立 一郎	続柄 長男	生年月日 昭和 平成 令和	〇年 5月 1日	性別 男 女
傷病名	右アキレス腱断裂		初診年月日	平成 令和 〇年 〇月 〇日	
傷病の原因 (傷病の原因について、状況(いつ、どこで等)を具体的にご記入ください。)	休日に公園を走っていた際、高段差で着地したときに右足首をひねった。				
医療機関 または薬局 について	名称	住所	区分(〇をつけてください。)		
	富山総合病院	富山市富山町12番地12号	保険医療機関 保険薬局 ・ その他		
療養期間	入院	平成・令和	年 月 日	～	平成・令和
	外来	平成・令和	〇年 〇月 〇日	～療養中	平成・令和
療養に要した費用	10,540 円				
請求金額	7,378 円				
組合員証等を使用しなかった理由	治療用装具購入のため				
上記のとおり請求します。					
公立学校共済組合富山支部長 殿		請求者	住所	富山市富山町1番地2号	
令和 〇年 〇月 〇日		氏名	公立 太郎		
		(自署)			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。					
令和 〇年 〇月 〇日		所属所名	〇〇市立 〇〇〇学校		
		所属所長職氏名	校長 共済 学		

1 裏面に掲載の給付事由に応じた添付書類をご提出ください。

R6.4

2 請求金額は、療養に要した費用から自己負担割合分を除いた金額となります。

自己負担割合は、3割(未就学児(6歳に達した以後最初の3月末まで)、70歳～74歳(高所得者を除く)は2割)となります。

3 療養者が被扶養者の場合、続柄の欄は長男、長女等とご記入ください。

4 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。

共済組合記入欄 (この欄は記入しないでください。)

決定金額	総給付金額	高額療養費	療養費 家族療養費	一部負担金払戻金 家族療養費附加金

円

円

円

円

円

療養費等請求書 <記入例>

高額療養費
家族療養費
一部負担金払戻金
家族療養費附加金

所属所受付印	共済組合受付印
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> 所属所 受付印 </div>	

所属所コード	組合員証記号番号		組合員氏名			
	記号	番号	公立 太郎			
○○○学校	公立 富	公立 太郎				
1 2 3 4	1 2 3 4 5 6					
療養者氏名	公立 一郎 <small>続柄</small> 長男		生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> ○年 5月 1日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
傷病名	右アキレス腱断裂		初診年月日	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ○年 ○月 ○日		
傷病の原因 <small>(傷病の原因について、状況(いつ、どこで等)を具体的にご記入ください。)</small>	休日に公園を走っていた際、高段差で着地したときに右足首をひねった。					
医療機関 または薬局 について	名称		住所		区分(○をつけてください。)	
	富山総合病院		富山市富山町12番地12号		保険医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局 ・ その他	
療養期間	入院	平成・令和 ○年 ○月 ○日	～	平成・令和 ○年 ○月 ○日	外来	平成・令和 ○年 ○月 ○日
療養に要した費用	10,540					円
請求金額	7,378					円
組合員証等を使用しなかった理由	治療用装具購入のため					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 ○年 ○月 ○日 請求者 住所 富山市富山町1番地2号 氏名 公立 太郎 (自署)						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 所属所長職氏名						

- 裏面に掲載の給付事由に応じた添付書類をご提出ください。 R6.4
- 請求金額は、療養に要した費用から自己負担割合分を除いた金額となります。
自己負担割合は、3割(未就学児(6歳に達した以後最初の3月末まで)、70歳～74歳(高所得者を除く)は2割)となります。
- 療養者が被扶養者の場合、続柄の欄は長男、長女等とご記入ください。
- 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。

共済組合記入欄 (この欄は記入しないでください。)			
決定金額	総給付金額	高額療養費	療養費 家族療養費
	一部負担金払戻金 家族療養費附加金		

円

円

円

円

円