規程様式第30号

療養費
家族療養費
高額療養費
家族高額療養
請求書（移送料）

該当任用区分に✔
□正規　□臨時的任用
□再任用　□会計年度
□その他（　　）

所属所名	所属所コード
組合員氏名	組合員番号

※受診年月	
令和　年　月	
※診療実日数	※医療費総額

療養者氏名					
性　別		続柄		生年月日	

※医療機関コード

傷病名					
傷病の原因					
初診年月日	年　月　日				
医療機関名又は薬局名及びその住所					保険医療機関 保険薬局 その他
療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	療養に要した費用	円	※療養費 家族療養費 請求金額	円
				※高額療養費 家族高額療養費 請求金額	円
移送承認年月日		移送の区間		移送の方法	
全額自己負担した理由					
備考					
振込銀行	銀行名		口座番号		
	支店名				

上記のとおり請求します。
公立学校共済組合山梨支部長　殿
令和　年　月　日
住　所
請求者
氏　名　㊞

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
所属機関名
所属機関の長　職　名
氏　名　印

1．「傷病の原因」および「組合員証を使用しなかった理由」は、具体的に詳しく記入ください。
2．移送料について、「移送承認申請書に記載の移送区間、若しくは方法」によらなかった場合には、「組合員証を使用しなかった理由」欄にその理由を詳しく記入ください。
3．※印欄は記入しないでください。

規程様式第30号

【記入例：治療用装具】

療養費 家族療養費 高額療養費 家族高額療養 請求書（移送料）

該当任用区分に✔
□正規　☑臨時的任用
□再任用　□会計年度
□その他（　　）

所属所名	所属所コード
○○市立○○小学校	ー
組合員氏名	組合員番号
共済　太郎	00000000

※受診年月	
令和　年　月	
※診療実日数	※医療費総額

療養者氏名	共済　太郎				
性　別	男	続柄	本人	生年月日	昭和○年○月○日

※医療機関コード

傷病名	「治療用装具製作指示装着証明書」等の傷病名を記入
傷病の原因	具体的に記入
初診年月日	「治療用装具製作指示装着証明書」等の指示日
医療機関名又は薬局名及びその住所	○○病院 ○○県○○市○○町１－２－３

該当するものに「○」をつける。
治療用装具等は「保険医療機関」

○	保険医療機関
	保険薬局
	その他

療養期間	開始日および終了日は「治療用装具製作指示装着証明書」等の指示日	療養に要した費用	領収証の金額 *弱視眼鏡および弾性着衣は上限あり 円	※療養費 家族療養費 請求金額	円
				※高額療養費 家族高額療養 請求金額	円

移送承認年月日		移送の区間		移送の方法	

全額自己負担した理由	治療用装具作成のため等
備考	

振込銀行	銀行名	○○銀行	口座番号	１２３４５６７
	支店名	○○支店		

振込銀行欄
資格取得時に共済に申告した給付金口座情報を記入

上記のとおり請求します。
公立学校共済組合山梨支部長　殿
令和　○年　○月　○日

記入した日

住　所　○○県○○市○○町○丁目○ー○
請求者
氏　名　共済　太郎

共済

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

所属機関名　○○市
所属機関の長　職　名　○○
氏　名　○○　○○

公印

1．「傷病の原因」および「組合員証を使用しなかった理由」は、具体的に詳しく記入ください。
2．移送料について、「移送承認申請書に記載の移送区間、若しくは方法」によらなかった場合には、「組合員証を使用しなかった理由」欄にその理由を詳しく記入ください。
3．※印欄は記入しないでください。