

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		※受診年月	
				令和 年 月	
組合員氏名		組合員証番号		※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	療養に 要した 費用	円	※療養費 家族療養費 請求金額	円
	年 月 日まで			※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	
組合員証を使用しなかった理由					
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 印					
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					

- 「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。
- 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。
- ※印欄は記入しないでください。

規程様式第30号

【記入例：医療費】

療 養 費
家 族 療 養 費
高 額 療 養 費
家 族 高 額 療 養 費

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		※受診年月	
〇〇市立〇〇小学校		-		令和 年 月	
組合員氏名		組合員証番号		※診療実日数	
共済 太郎		00000000		※医療費総額	
療養者氏名		性別		※医療機関コード	
共済 太郎		男 続柄 本人			
性 別		生年月日			
		昭和〇年〇月〇日			
傷 病 名		傷病名を記入			
傷病の原因		具体的に記入			
初診年月日		令和〇年 〇月 〇日 ←レセプト記載日			
医療機関名 又は薬局名 及びその住所		〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		<input type="radio"/> 保険医療機関 <input type="radio"/> 保険薬局 <input type="radio"/> その他	
療養期間		初診：レセプト記載 再診：診療月の初日 診療月の最終日		療養に 要した 費用 レセプトの 請求点数×10円	
移送承認 年月日		移送の 区 間		※療 養 費 家 族 療 養 費 請 求 金 額 ※高 額 療 養 費 家 族 高 額 療 養 請 求 金 額	
組合員証を使用しなかった理由		組合員証手続き中であつたため等			
備 考		移送の 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			
振込銀行		銀行名		口座番号	
		〇〇銀行		1 2 3 4 5 6 7	
		支店名			
		〇〇支店			
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 〇年 〇月 〇日 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 請 求 者 氏 名 共 済 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 〇年 〇月 〇日 所属機関名 〇〇市 所属機関の長 職 名 〇〇 氏 名 〇〇 〇〇					

- 「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。
- 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」によらなかつた場合には、「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。
- ※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 費

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		※受診年月	
〇〇市立〇〇小学校		-		令和 〇 年 〇 月	
組合員氏名		組合員証番号		※診療実日数	
共済 太郎		00000000		※医療費総額	
療養者氏名		性別		※医療機関コード	
共済 太郎		男 続柄 本人 生年月日 昭和〇年〇月〇日			
傷病名 医師の作成指示書の傷病名を記入					
傷病の原因 具体的に記入					
初診年月日 令和〇年 〇月 〇日					
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	
〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3				〇	
該当するものに「〇」をつける。					
療養期間		療養に 要した 費用		※療養費 家族療養費 請求金額 円	
医師の作成指示日 から		領収証の金額		※高額療養費 家族高額療養 請求金額 円	
まで		*弱視眼鏡は上限あり			
移送承認 年月日		移送の 区間		移送の 方法	
組合員証を使用しなかった理由		治療用装具作成のため等			
備考					
振込銀行		銀行名		口座番号	
		〇〇銀行		1 2 3 4 5 6 7	
		支店名			
		〇〇支店			
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 〇年 〇月 〇日					
住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇					
請求者 氏名 共済 太郎					
記入した日					
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					
所属機関名 〇〇市					
所属機関の長 職 名 〇〇					
氏 名 〇〇 〇〇					
公 印					

- 「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。
- 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。
- ※印欄は記入しないでください。