

# 療養費・家族療養費 請求書



|   |  |                          |  |
|---|--|--------------------------|--|
| 組合員証記号番号<br>又は個人番号  |  |                          |  |
| 組合員   | 氏名   | 所属機関名                    |  |
| 療養者   | 氏名   | ※資格取得・認定年月日 昭和・平成 年 月 日  |  |
|   | 生年月日   | 昭和・平成 年 月 日<br>( ) 歳     | 組合員との続柄<br>※コード ( ) 性別 男・女                               |
| 傷病名   |  | 医療機関名及びその住所              |  |
| 初診年月日<br>(発病又は負傷日)  | 昭和・平成 年 月 日  | 発病・傷病の<br>原因             | (必ず記入してください。)  |
| 療養期間  | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで   |                          |  |
| 療養に要した費用 円  |  | 第三者の行為または<br>公務によるものですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 療養に要した費用  | 円  | 請求金額(注4)                 | 円  |
| 組合員証を使用<br>しなかった理由  | <input type="checkbox"/> 証不携帯・証交付前受診(注2) <input type="checkbox"/> 治療用装具・治療用眼鏡等(注3) <input type="checkbox"/> はり・きゅう<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                          |  |
| 上記とおり請求します。<br>岡山県市町村職員共済組合理事長 様<br>平成 年 月 日 請求者 (住所)<br>(組合員) (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。<br>平成 年 月 日 所属所長 (職名)<br>(氏名) (印)              |  |                          |  |

〔注意事項〕 (2017.1 改訂)

- ※印欄は、記入しないでください。また、□には該当する箇所へチェックを入れてください。
- 証不携帯等で全額自己負担された場合は、診療報酬領収済明細書(別紙様式第27号)又は診療報酬明細書(写し可)及び領収書の原本を添付してください。なお、この請求書は、診療報酬明細書1枚ごとに1部作成してください。
- 治療用装具の場合は、医師の意見書及び装具の領収書(原本)を添付してください。
- 請求金額は、療養に要した費用から、年齢等の区分に応じた一部負担金額を控除した額になります。

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

|       |    |    |   |  |  |    |         |   |   |  |
|-------|----|----|---|--|--|----|---------|---|---|--|
| 決定年月日 |    |    |   | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 外来 | 日数 | シーケンス番号 |   |   |  |
|       |    |    |   |  |  |    | 9       | 9 | 9 |  |
| 局長    | 課長 | 係長 | 係 | 決定額  | 療養・家族療養の給付 円   |    |         |   |   |  |
|       |    |    |   |  | 高額療養費 円  |    |         |   |   |  |
|       |    |    |   |  | 附加金 円  |    |         |   |   |  |
|       |    |    |   |  | 合計 円   |    |         |   |   |  |