

療養月単位・受診医療機関等ごとに作成する。

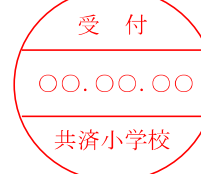
**療 養 費 請 求 書**  
**家族療養費**

※ 決定金額	療 養 費	円
	家 族 療 養 費	円
	高 額 療 養 費	円
	一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円

共済事務担当者印



所属所文書受付印



フリガナ 組 合 員 氏 名	組合員証記号番号 公立鹿		所 属 所 名	所属所コード
キョウサイ タロウ 共済 太郎	234567		鹿児島市立共済小学校	765432
療 養 者	氏 名 共済 太郎	生年月日 (和暦)	医師が装具の着用の必要性を認めた日 (医師の証明により確認) または購入した日 (領収書により確認)	
	性 別 男・女	続 柄 本人		
療養に要した 費	71,000 円		査 定 額	※
初診・初回 施術年月日	平成・令和 〇〇年 9月 12日	療養期間 (和暦)	令和 〇〇年 9月 12日 から 令和 〇〇年 9月 12日 まで	
傷 病 名	右足関節捻挫	療養区分	入院・外来 (該当するものを〇で囲む。)	療養日数 施術・作成回数 ※ 日・回
傷病の原因	9月11日午後8時ごろ、配り物の途中、自宅近くの側溝に落ち足を痛めた。 (いつ、どこで、どのように傷病を負ったかを詳細に記入する。)			
医療機関・薬局 名及びその住所	(名称) 鹿児島共済病院 (住所) 鹿児島市共済町5-5			
組合員証等を使用 できなかった理由 (該当するものを〇で囲む。)	ア 組合員証等の交付手続中又は不携帯時に療養を受けたため。 イ 医師が治療のため必要と認めただけ、きゅう及びあん摩マッサージの施術を受けたため。 ウ 医師が治療のため必要と認められた関節用装具、コルセット及びサポーター等の治療用装具を購入したため。 エ 輸血のためやむを得ず生血を購入したため。 オ その他 ( )			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合鹿児島支部長 殿 令和 〇〇年 9月 12日				
		〒890-8566	住 所 鹿児島市共済町2-2	
		請求者	氏 名 共済 太郎	
		(組合員)	電話番号 ( 099 - 222 - 1111 )	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇年 9月 12日				
		〒890-8577	所属所所在地 鹿児島市共済町3-3	
		職 名 校長		
		所属所長		
		氏 名 鹿児島 一郎		
		電話番号 ( 099 - 111 - 2222 )		

- 注1 ※印欄は記入しないでください。
- 2 傷病が業務上又は通勤によるものであることが明らかである場合は、療養費等の請求はできません。
- 3 組合員証等を使用できなかった理由により、次の書類を添付してください。
- ア 証不携帯等の場合：医療機関等が作成した診療報酬明細書等（レセプト）及び領収書 又は 診療報酬領収明細書（整理番号46）
- イ はり、きゅう等の施術を受けた場合：保険施術同意書（整理番号35）（医師の同意書）及び診療報酬領収明細書（整理番号36）
- ウ 治療用装具購入の場合：装具着用の必要性を認めた医師の証明書及び装具代金の領収書（処方明細が記載されたもの）
- エ 生血購入の場合：生血を必要とする医師の意見書（整理番号45）及び生血代金の領収書
- ※ 上記以外の理由による請求の場合は、共済組合へ問い合わせてください。