

# 療 養 費 請 求 書

## ( 家 族 療 養 費 )

組合員証	記号	9098	組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ		所属機関	名称	〇〇町役場		
	番号	90999		氏名	共済 太郎			所在地	〇〇町〇〇123-1		
個人番号 ※											
※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。											
療 養 者	フリガナ	キョウサイ ハナコ			性別	組合員との続柄	証不使用の理由		請求金額		
	氏名	共済 花子			男	子	① 治療用装具の購入 ② 健康保険証不携帯 ③ その他		42,000 円		
	生年月日	平成 12年 7月 3日生			女						
	個人番号 ※										
※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。											
療 養 に 関 す る 事 項	傷病名			初診年月日			治療用装具購入費支払日		療養に要した費用		
	右膝前十字靭帯損傷			令和 3年 4月 20日			令和 3年 4月 22日		60,000 円		
	療養期間		診療区分		初診に係る医療機関又は薬局の名称及び所在地						
	年 月 日 から		入院		公務災害		(名称) △△病院				
	年 月 日 まで		外来		非公務災害		(所在地) △△市△△町456-1				
	傷病の原因						傷病発生時の詳しい状況				
1 交通事故		4 第三者行為による刺傷又は殴打		バスケットの試合中、急に右膝に激痛がはしり、歩けなくなった。							
② スポーツ傷害		5 先天性又は後天性による									
3 自損行為		6 その他、1～5以外の原因									
上記のとおり請求します。											
熊本市町村職員共済組合理事長 様											
令和 3年 4月 27日											
請求者 住所 (組合員) 氏名											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。											
年 月 日											
所属所長 職名 氏名											

原則 → 7割  
未就学児 → 8割  
70歳以上 → 8割  
※円位未満切り捨て

支払った金額(10割)

＜注意事項＞

- (1) この請求書で「療養費」及び「家族療養費」を同時に請求することはできません。また、「入院」及び「外来」分を同時に請求することもできません。それぞれ一人一区分毎に作成・提出してください。
- (2) 治療用装具購入による請求の場合、「療養期間」及び「初診年月日」欄は記入不要です。また、治療用装具購入以外の理由による請求の場合、「治療用装具の購入費用支払日」欄は記入不要です。
- (3) 治療用装具を購入された場合は、医師が証明した「意見および装着証明書」を添付してください。  
・靴型装具の場合は、当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)を添付してください。  
・弱視等治療用眼鏡(9歳未満児に限る。)の場合は、「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」を添付してください。
- (4) 診療報酬領収済明細書又は装具等購入領収書を添付してください。

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決定 伺	課 長	課長補佐	係 長	係 員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額	円			
領収書等の金額 (A)	保険給付割合(B)	保険給付額 (A)×(B)	備考	
円	割	円 (1円未満切り捨て)		

