

療 養 費 請 求 書

家 族 療 養 費

組合員証	記号		組合員	フリガナ		所属機関	名称		
	番号			氏名			所在地		
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				組合員との続柄	証不使用の理由		請求金額 円	
	氏名					1 治療用装具の購入			
	生年月日	年	月	日生		2 健康保険証不携帯			
	個人番号 ※					3 その他			
						(
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			
			年 月 日		年 月 日	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				
	令和 年 月 日 から	入院	公務災害		(名称)				
	令和 年 月 日 まで	外来	非公務災害		(所在地)				
	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							
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								
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">熊本県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所 (組合員) 氏名</p>									
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長 職名 氏名</p>									

＜注意事項＞

- 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。
- 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。
- 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。
- 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円未満切捨て)	

