

課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

療養費・家族療養費請求書

下記のとおり請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

入力

請求日	年 月 日			療養に 要した 金額	円	療養費	
組合員証 記号番号				請求金額	円	家族 療養費	円
組合員氏名				所属所		取得 年月日	年 月 日
				印		喪失 年月日	年 月 日
療養者氏名			認定 年月日	年 月 日		(必ず記入してください。)	
生年月日	年 月 日 (オ)(続柄)		公費	該当・非該当			
傷病名			公費 コード				
			病類 コード				
初診年月日	年 月 日	療養 期間	コルセット作成の場合は装着年月日を記入のこと。 年 月 日から 年 月 日まで				
入院年月日	年 月 日						
請求内容	を付けて下さい。 コルセット装着 作成時：入院・外来	組合員証不携帯 入院・外来	その他 ()		医の療養 機関又は 所業局		
組合員証を 使用しなかつた理由	(具体的に詳しく書いてください。)				共済組合 使用欄		
					療養費 本家	円	
					薬剤一部 負担金	円	
					附加金	円	
					医療費 合計	円	
					府県コード (茨城県08)	シーケンス番号	
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							
職名							
所属所長							
氏名							
印							

1. 太線の中を洩れないよう記入してください。(ただし、部分は記入しないでください。)
2. コルセット作成の場合は必ず、医師の意見書及び領収書(明細書を含む)の原本を添付してください。
3. 組合員証不携帯の場合は必ず、診療報酬明細書(レセプト)に領収書の原本を添付してください。
(請求書はレセプト1枚毎に作成してください。)
4. 請求金額は療養に要した金額に0.7(3歳未満は0.8)を乗じて得た額となります。
5. 老人保健法の適用を受けている方は、請求先が居住地の市町村となっているため、本組合へは請求できません。

受付印

