

※課長	係長	係員

何 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	平成 ○○年 ○○月 ○○日						療した 養に金 要額	○○,○○○		決定 金額	療養費 家 族 療養費	※	
組合員証 記号番号	1	1	1	—	1	1	1	1	請求金額				○○,○○○
組合員氏名	共済		太郎		共済		所属所	○○○		取得 年月日	平成 ○○年○○月○○日		
療養者氏名	共済		太郎		認定 年月日	年 月 日		傷 病 の 原 因	(必ず記入してください。)				
生年月日	昭和 ○○年○○月○○日 (○○才) (続柄 本人)				公 費	該当 ・ 非該当			自宅の階段を踏み外したため				
傷 病 名	○○○○○○						公 費 コ ー ド			(一般疾病・自損事故・第三者行為等)			
初診年月日	平成○○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。 平成○○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 住 所 薬 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。													
平成 ○○年○○月○○日													
										職名		○○○○	
										所属所長		氏名	○○ ○○
												印	

- 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。)
- 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。
- 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。)
- 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。
- 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

