

課長	確認	担当

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。

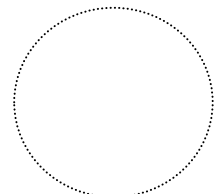
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

決定金額

円

請求日	年 月 日		所属所	
組合員証 記号番号		-		
組合員氏名			療養者の 資格取得 (認定)年月日	年 月 日
療養者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (続柄)		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
傷病名	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 外傷(負傷原因を記入してください) ()			
初診年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 学校管理下でのケガ[日本スポーツ振興センター給付該当] <input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為によるものでない(必ずチェックしてください)	
医療機関等 の名称			医療機関等 の所在地	
療養に要した金額(A)	円		請求金額(A×0.7又は0.8) ※円未満切捨て	円
組合員証を使用しなかった理由(いずれかの番号に○を付し、必要事項を記入してください)				※共済組合使用欄
1	治療用装具・弾性着衣等の購入	装着 (購入) 年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 購入履歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	治療用眼鏡・コンタクトレンズの購入	購入 年月日	年 月 日	購入履歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	組合員証不携帯 (証交付前受診・不所持)	療養期間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整 年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	医コ:
4	鍼灸マッサージの施術	療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	
5	低所得者該当による入院時食事療養費の差額	入院年月日	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	
		食事療養費(1食あたりの差額)	円 × 回 =	円
6	その他	療養期間	<input type="checkbox"/> 輸血(生血代) <input type="checkbox"/> 海外での診療 <input type="checkbox"/> 臓器搬送 <input type="checkbox"/> その他() 年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。				※共済組合使用欄
年 月 日				療養費 円
職名				高額療養費 円
所属所長				附加金 円
氏名				医療費 円
				シーケンス 990 - 0

受付印



1.太線の中を記入してください。

2.療養期間が月をまたぐ場合は、ひと月ごとに作成してください。

3.医療機関等が異なる場合は、それぞれ作成してください。

4.公務災害・第三者行為(交通事故等)に該当する場合は請求できません。

5.請求金額は療養に要した金額に次の割合を乗じた金額となります。

未就学児及び70歳以上の方(上位所得者は0.7)・・・0.8 小学生以上69歳以下の方・・・0.7

ただし、臓器搬送に要した費用は、当組合が必要と認めた費用の全額を支給します。

6.添付書類については裏面をご参照ください。

《療養費・家族療養費の請求に係る添付書類》

1	治療用装具・弾性着衣等の購入	<ul style="list-style-type: none"> ・治療用装具証明書(医師の意見書)又は弾性着衣等装着指示書 ・領収書(装具の種類、内訳等が記載されているもの) ・装具の現物写真(靴型装具に限る)
2	治療用眼鏡・コンタクトレンズの購入	<ul style="list-style-type: none"> ・治療用眼鏡等作成指示書 ・領収書(「治療用眼鏡(コンタクトレンズ)」と明記されているもの)
3	組合員証不携帯	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬明細書(レセプト)等 ・領収書
4	鍼灸マッサージの施術	<ul style="list-style-type: none"> ・療養費支給申請書 ・医師の同意書 ・領収書
5	低所得者該当による入院時食事療養費の差額	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書(食事療養について支払ったことがわかるもの) ・同意書(資格関係様式)又は組合員の非課税証明書 ※すでに「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けている場合は不要
6	その他	<p>【輸血(生血代)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・輸血証明書 ・領収書 <p>【海外での診療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療内容明細書(当組合指定の様式) ・領収明細書(当組合指定の様式) ・調査に関わる同意書(当組合指定の様式) ・パスポートの写し等渡航の事実が確認できる書類 ・現地で支払った領収書 ・上記の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等が明記されているもの) <p>【臓器搬送】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の意見書(傷病名、移送を必要と認めた理由、医師の派遣が必要な理由、移送経路、移送方法、移送年月日等が記載されているもの) ・領収書(搬送に要した費用・医師等の派遣に要した費用がわかるもの) ※宿泊費を除く <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当組合が指定する書類

※領収書等の添付書類は、原本を提出してください。

※給付金の決定にあたり、上記以外の書類の提出を依頼することがあります。