

決 裁	確 認	係

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。

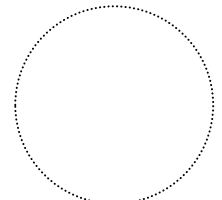
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

決定金額

円

請求日	年 月 日	所 属 所				
組合員等 記号番号	—					
組合員氏名		療養者の 資格取得 (認定)年月日	<input type="checkbox"/> 資格取得	年 月 日	<input type="checkbox"/> 扶養認定	
療養者氏名	(続柄)	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	公 費	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当	
傷 病 名		初 診 年 月 日	年 月 日			
傷病の原因 (該当箇所に チェック・記載 してください)	<input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為による傷病ではない(公務災害・第三者行為に該当する場合は請求できません)					
	<input type="checkbox"/> 一般疾病					
	<input type="checkbox"/> 外 傷 <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]					
	負傷原因：〔 〕					
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			
			※円未満切捨て			
以下のいずれかの番号に○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	指 示 (装着) 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	装具 弾性着衣 年 月 日
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	年 月 日
3 マイナ保険証・資格確認書等不使用	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。						
年 月 日	職名					
所属所長	氏名					
		※共済組合使用欄	療養費	円		
			高額療養費	円		
			附加金	円		
			医療費	円		
			シーケンス	9	9	0
						-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.医療機関や診療区分が異なる場合は、それぞれ作成してください。

4.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・・・0.8(上位所得者は0.7) 小学生以上69歳以下の方・・・0.7

※ 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。

5.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 マイナ保険証・資格確認書等不使用	<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。