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	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	所属所	○ ○ 市 役 所
組合員証記号番号	○ ○ ○ － ○ ○ ○ ○ ○		
組合員氏名	共 済　　太 郎	療養者の資格取得(認定)年月日	平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　☐資格取得 ☑認　定
療養者氏名	共 済　　次 郎 (続柄　二男　)	生年月日	令和○○ 年○○月○○日 (○○ 歳)　公費 ☑該 当 ☐非該当
傷病名	左足関節捻挫	傷病の原因	☐一般疾病　☑外傷(負傷原因を記入してください) (学校のグラウンドで部活動中に転倒しケガをした。) ☑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] ☑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)
初診年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
医療機関等の名称	○ ○ 整 形 外 科	医療機関等の所在地	茨城県○○市○○町○○番地
療養に要した金額(A)	16,663 円	請求金額(A×0.7又は0.8) ※円未満切捨て	11,664 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(指示)年月日	令和 ○○年○○月○○日 ☐入院 ☑外来	購入履歴	☐有 ☑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	☐有 ☐無		年　月　日
3	組合員証不携帯(証交付前受診・不所持)	療養期間	☐入院　☐外来　☐歯科　☐調剤　☐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	☐輸血(生血代)　☐海外での診療　☐臓器搬送　☐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。

令和○○年 ○○月 ○○日

所属所長　職名　○ ○ 市 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。