

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	令和〇〇年〇〇月〇〇日		所属所	〇〇市役所			
組合員証 記号番号	〇	〇	〇	〇	〇		
組合員氏名	共済太郎		療養者の 資格取得 (認定)年月日	平成〇〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 資格取得 <input checked="" type="checkbox"/> 認定		
療養者氏名	共済次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 (続柄 二男) <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	平成〇〇年〇月〇日(14歳)	公 費 <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
傷病名	左足関節捻挫		傷 病 の 原 因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 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。〕 <input checked="" 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 checked="" 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)			
初診年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		医 療 機 関 等 の 所 在 地	茨城県〇〇市〇〇〇-〇			
医療機関等 の名称	〇〇整形外科		医 療 機 関 等 の 所 在 地	茨城県〇〇市〇〇〇-〇			
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 (購 入) 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	購 入 履 歴	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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	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 科 :		
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇〇〇					※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	990 - 0

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。

受付印

