

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。

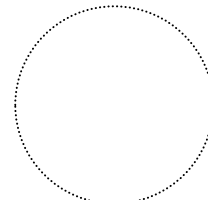
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

決定金額

円

請求日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	所属所	〇〇市役所	
組合員等 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇	療養者の 資格取得 (認定)年月日	<input type="checkbox"/> 資格取得 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養認定	平成〇〇年〇〇月〇〇日
組合員氏名	共済 太郎	療養者氏名	共済 次郎 (続柄 二男)	生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳) 公費 <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
傷病名	必ずチェックしてください。 左足関節捻挫		初診 年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
傷病の原因 (該当箇所に チェック・記載 してください)	<input checked="" 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 } どちらかにチェックをし、外傷の場合はその原因を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 外 傷 } <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] 負傷原因: [学校のグラウンドで野球部の練習中にボールを取ろうとして転倒した。]			
医療機関等 の名称	〇〇整形外科	医療機関等 の所在地	茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地	
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	
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	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	治療用装具の場合、指示年月日 を記入してください。	
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	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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 職名 〇〇市長 所属所長 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

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。