療養費 家族療養費 請求書

所属所文書受付印

※ 決定金額		
	療養費 家族療養費	円
	高額療養費	円
	一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円

共済事務担当者印
㊞

フリガナ 組合員氏名	組合員証記号番号 公立鹿	所属所名	所属所コード

療養者	氏名			生年月日（和暦）	年　月　日
	性別	男・女	続柄		
療養に要した費用				査定額	※
初診・初回施術年月日	平成　年　月　日			療養期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
傷病名				療養区分	入院・外来（該当するものを○で囲む。）　療養日数 施術・作成回数　※　日・回
傷病の原因	（いつ，どこで，どのように傷病を負ったかを詳細に記入する。）				
医療機関・薬局名及びその住所	（名称） （住所）				
組合員証等を使用できなかった理由（該当するものを○で囲む。）	ア　組合員証等の交付手続中又は不携帯時に療養を受けたため。 イ　医師が治療のため必要と認めたはり，きゅう及びあん摩マッサージの施術を受けたため。 ウ　医師が治療のため必要と認めた関節用装具，コルセット及びサポーター等の治療用装具を購入したため。 エ　輸血のためやむを得ず生血を購入したため。 オ　その他（　　）				

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合鹿児島支部長　殿

平成　年　月　日

〒

住　所

請求者（組合員）　氏　名　㊞

電話番号（　　－　　－　　）

上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。

平成　年　月　日

〒

所属所所在地

所属所長　職　名

氏　名　㊞

電話番号（　　－　　－　　）

注１　※印欄は記入しないでください。

２　**傷病が業務上又は通勤によるものであることが明らかである場合は，療養費等の請求はできません。**

３　組合員証等を使用できなかった理由により，次の書類を添付してください。

ア　証不携帯等の場合：医療機関等が作成した診療報酬明細書等（レセプト）及び領収書 又は 診療報酬領収済明細書〔整理番号46〕

イ　はり，きゅう等の施術を受けた場合：保険施術同意書〔整理番号35〕（医師の同意書）及び診療報酬領収済明細書〔整理番号36〕

ウ　治療用装具購入の場合：装具着用の必要を認めた医師の証明書及び装具代金の領収書（処方明細が記載されたもの）

エ　生血購入の場合：生血を必要とする医師の意見書〔整理番号45〕及び生血代金の領収書

※　上記以外の理由による請求の場合は，共済組合へ問い合わせてください。

H25．４改定〔整理番号　34〕