□療養費
□家族療養費 請求書
□高額療養費

※決裁伺	課長	主幹・副主幹	係員	主任

※	シーケンス番号
1	4

※ 負担割合	
7割	8割

※ 決定額			
療養費 家族療養費			円
高額療養費	130		円
払戻金 附加金	510 410		円
食事療養費	610		円

添付書類については提出後に返却することができません。
他の助成等で必要な場合は事前にコピーをお取りください。

組合員等記号・番号		組合員氏名		療養に要した費用	円
記号	番号			療養費 家族療養費 請求金額	円

組合員等記号・番号、組合員氏名を記入してください。そして支払った金額を「療養に要した費用」欄に記入してください。
（請求金額欄は記入しなくても構いません）

療養者氏名		療養者生年月日	年齢	性別	続柄	公費	※公費コード
		年号 年 月 日 昭3 平4 令5	歳	男M 女W		有 無	

療養者の氏名・生年月日・年齢を記入し、男女どちらかに○を付けてください。
続柄欄は上部に名称、下部に続柄コードを記入してください。（例　本人:00/夫:20/妻:23）
公費該当の有無に○を付けてください。（公費コードの記入は不要です）

初診年月日	請求期間（治療用装具作成の場合は、作成指示日を記入）	
年号 年 月 日 令5	年号 年 月 日 から 令5	年号 年 月 日 まで 令5

治療用装具（コルセット）の場合…初診日は診断書等の日付、請求期間は作成指示日を記入してください。
医療機関に受診した場合…初診年月日は原因となった傷病について初めて医療機関を受診した日付、請求期間は入院または通院の診療日（期間）を記入してください。

傷病名（診断名がない場合は症状を記載）		該当を○で囲む	※病類コード	療養の区分
		入院・外来		1.医療費　2.装具 3.その他　（　　）

傷病名を記入し、入院・外来いずれかに○を付けてください。
療養の区分欄は入院・通院の場合は「医療費」、治療用装具・コルセットは「装具」に○を付けてください。
具体的な傷病名がない場合は、受診された際の症状を記入してください。（例:頭痛、発熱等）

医療機関又は薬局の名称、及びその住所	〔保険医療機関、保険薬局、その他〕	傷病の原因（具体的に記載）	

受診した医療機関等の名称およびその住所を記入してください。
傷病の原因については具体的に詳しく記入してください。（例:休日に野球をしていて、一人で転んだ際に骨折した等）

組合員証を使用しなかった理由	

入院・通院の場合…具体的に組合員証等を使用しなかった理由を記入してください。
例）旅行中に急病になり組合員証等を所持していなかったため／扶養認定申請中で手元に被扶養者証等がなかったため　等
治療用装具の場合…「治療用装具購入のため」と記入してください。

上記のとおり請求します。

神奈川県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日　　組合員　住所　氏名

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

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　氏名

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入してください。

1. 医療費の場合は、診療報酬明細書（又はレセプト）及び領収書の原本を添付してください。
   また、請求書は医療機関毎にそれぞれ1枚ずつ作成してください。
2. 装具作成の場合は、医師の意見書及び領収書の原本を添付してください。
3. 公務（通勤含む）災害の場合には、療養費の請求はできません。
4. ※欄は記入しないでください。

治療用装具（コルセット）については金額内容が分かる明細書等も添付してください。