

# 療養費請求書

療養費 家族療養費 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	

※	療養費									円
決定額	家族療養費									円
	高額療養費	130								円
	払戻金	510								円
	附加金	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出来ません。  
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。

所属	組合員証番号	組合員氏名	療養に要した費用	円
			療養費	円
			家族療養費	円
請求金額				円
療養者氏名	療養者生年月日	年齢	性別	続柄
	年 月 日	歳	男M	
			女W	
公費	※公費コード			
有				
無				
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 月 日	年 月 日	から	年 月 日	まで
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 ( )	
医療機関又は薬局の名称、及びその住所	傷病の原因 (具体的に記載)			
	[ 保険医療機関、保険薬局、その他 ]			
組合員証を使用しなかった理由				
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				
年 月 日	組合員	住所	氏名	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
年 月 日	所属所長	職名	氏名	

組合員証の記号・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)

療養者の氏名・生年月日・年齢を記入して、男女欄どちらかに○をつけて頂き、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 妻・23/本人・00)。そして公費該当の有無に○をつけてください(公費コードの記入は不要です)。

治療用装具(コルセット)の場合…初診年月日は診断書等の日付を記入。請求期間は作成指示日を記入

医療機関に受診の場合…初診年月日は原因となった傷病について初めて受診した日を記入。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。

傷病名を記入し、入院・外来いずれかに○をつけてください。そして療養の区分欄は医療機関にて入院・通院の場合は“医療費”に。治療用装具・コルセットは“装具”に○をつけてください。具体的な傷病名がない場合は、受診された症状を記入してください(例:頭痛、発熱等)。

受診した医療機関名及びその住所を記載してください。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)。

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下さい(例 旅行中に急病になり組合員証を所持していなかった/扶養認定申請中で手元に被扶養者証が無かったため)。

治療用装具(コルセット)の場合…「治療用装具購入のため」と記入してください。

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

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)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. 添付書類は提出後に返送いたしませんので、他の助成等に使用される方は事前にコピーをお取りください。
4. 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。
5. ※欄は記入しないでください。

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