

# 療養費請求書

療養費 家族療養費 高額療養費 療養費 療養費 療養費

課長	主幹・副主幹	係員	主任

※ シーケンス番号									
1	4								

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

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 家族療養費	円
請求金額				円
療養者氏名	療養者生年月日	性別	続柄	公費 ※公費コード
	年号 年 月 日	男M 女W		有 無
初診年月日	請求期間(コルセット作成の場合は、装着日を記入)			
年号 年 月 日	年号 年 月 日	から	年号 年 月 日	まで
傷病名	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.コルセット 3.その他 ( )	
医療機関又は 薬局の名称、 住所	傷病の原因			
	〔 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				
平成 年 月 日	住所	組合員	氏名	印
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	所属所長	職名	氏名	印

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(公費コードの記入不要)。

コルセット(装具)の場合…初診年月日は診断書等の日付を記入。請求期間は装着日を記入

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。コルセット(装具)は“コルセット”に○をつけてください。

傷病の原因については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)。

コルセット(装具)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・押印してください。

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・氏名を記入し押印してください。

1. 医療費の場合は、診療報酬明細書(レセプト)及び領収書の原本を添付してください。また、請求書はレセプト1枚毎に作成してください。
2. コルセット作成の場合は、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。

コルセット(装具)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。