療養費 / 療養費 / 家族療養費 / 高額療養費 請求書

※決裁伺

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 家族療養費			円
高額療養費	130		円
払戻金	510		円
附加金	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 請求金額	円

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）。

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

療養者の氏名・生年月日を記入して、男女欄どちらかに〇をつけて頂き、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〇をつけてください（公費コードの記入不要）。

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（昭3 平4 令5） 年 月 日	年号（平4 令5） 年 月 日 から 年号（平4 令5） 年 月 日 まで

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		該当を〇で囲む	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　（　　）

傷病名を記入し、入院・外来いずれかに〇をつけてください。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”に〇をつけてください。

医療機関又は薬局の名称、住所	〔保険医療機関、保険薬局、その他〕	傷病の原因	

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）。

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。

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

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。

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）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（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。