

理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
○							

(伺) 下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄	起案日	/
	支給日	/

装具（コルセット等）購入にかかった費用を請求する場合（未就学児に対する給付割合は100分の80）

## 療養費・**家族療養費** 請求書

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

請求日	令和 7年 1月 1日				療養に要した金額	(かかった総額を記入) 16,558円	決定額	療養費	
組合員等 記号番号	999			6666	請求金額	(上記金額×0.8) 13,246円		家族療養費	
組合員氏名	共済 太郎			所属所名	〇〇市		取年月日	昭和 平成 24年 4月 1日	令和
療養者名	共済 一郎			認年月日	昭和 平成 2年 5月 1日	令和	喪年月日	令和 年 月 日	
生年月日	2年 5月 1日	4才	続柄コード	取年月日	令和 年 月 日		公費医療該当のとき	公費負担者番号	1111111
傷病名	左膝蓋靭帯断裂			公費コード	乳・身		受給者番号	1234567	
初診年月日	平成 令和 4年 12月 1日	療養期間	令和 4年 12月 1日から	病類コード			傷病の原因 (必ず記入してください。) 階段を下りているときに捻った (一般疾病・ <b>自損事故</b> ・第三者行為)		
入院年月日	令和 4年 12月 1日	療養期間	令和 4年 12月 1日まで(1日)	傷病の理由					
請求内容	左膝装具 軟性支柱付き (新調)			局の名称又は住所	兵庫共済病院 〇〇県〇〇市〇〇区 777-333				
マイナ保険証等を使用した理由	(具体的に書いてください。) <input checked="" type="checkbox"/> 装具製作会社は保険医療機関ではないため <input type="checkbox"/> マイナ保険証等の申請中で資格確認ができなかったため <input type="checkbox"/> その他 ( )			共済組合使用欄	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 前回購入日 (R / / )				

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和 7年 1月 1日

職名 〇〇市長  
所属所長  
氏名 保健 次郎

共済組合  
受付印

- 太線の中を記入してください。(ただし、 部分は記入しないでください。)
- コルセットの場合は必ず、医師の意見書、領収書(明細書を含む)を添付してください。
- 請求金額は療養に要した金額から健康保険法に基づき算出された一部負担金を引いた額です。
- 資格確認ができず10割負担をされた場合は必ず、領収書、診療報酬明細書(レセプト)を添付してください。(請求書はレセプト1枚ごとに作成してください。)
- 公費医療適用者は、医療証の公費負担者番号と受給者番号を必ず記入してください。