

決裁	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	/

## 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 年 月 日				療養に要した金額	円		決定額	療養費	円		
組合員等 記号番号	所属所		企業	番号		請求金額	円		家族療養費	円		
組合員氏名	所属所名				取年月日	昭和 年 月 日		傷病の原因	(必ず記入してください。)			
					喪年月日	令和 年 月 日						
療養者名	氏名				認定年月日	昭和 年 月 日		公費医療該当のとき				
					取年月日	令和 年 月 日		公費負担者番号				
生年月日	昭和 年 月 日		才	続柄コード	消		受給者番号					
傷病名					公費コード	移・身	乳・母	傷病の原因 (一般疾病・自損事故・第三者行為)				
					病類コード							
初診年月日	平成 年 月 日		療養期間	令和 年 月 日から								
入院年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日まで ( 日 )									
請求内容	該当する項目に○を付けてください。	1 本人	3 コルセット	6 出生認定前診療	12 外来	32 歯科外来	高額療養費	家族療養費附加金	医療機関又は住居			
		2 家族	5 資格確認不可	11 入院	31 歯科入院	42 調剤	一部負担金払戻金	( ) その他				
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。)				共済組合使用欄		府県コード (兵庫県 28)					
	○装具製作会社は保険医療機関ではないため ○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 ○その他 ( )						□初回 □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 年 月 日 職名  
所属所長 氏名

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。