

療 養 費 (一部負担金払戻金) 請求書
 家 族 療 養 費 (家族療養費附加金)

* 必ず記入要領をご覧ください。

① 組合員証の記号番号				② 組合員氏名				③ 所属所名			
-											
④ 療養者氏名				⑤ 療養者の生年月日				⑥ 組合員との続柄			
				昭和 平成 令和 年 月 日							
⑦ 傷病名				⑧ 初診年月日 (装具購入の場合は、医師から 装具装着の指示があった日)				⑨ 医療機関等の名称			
				平成 令和 年 月 日							
⑩ 第三者行為によるものですか				⑪ 公務上によるものですか				⑫ 入院・入院外の別			
はい ・ いいえ				はい ・ いいえ				入院 ・ 入院外			
⑬ 傷病の原因											
⑭ 療養の期間						⑮ 療養に要した費用					
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						円					
⑯ 組合員証等を使用しなかった理由											
上記のとおり請求します。 福井県市町村職員共済組合 理事長 様 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">請求者氏名 (印)</div> (自署の場合、押印は不要です。)											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">職 名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">所属所長</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">氏 名 (印)</div>											

組合処理欄

<input type="checkbox"/> 療 養 費	円
<input type="checkbox"/> 家 族 療 養 費	円
<input type="checkbox"/> 一部負担金払戻金	円
<input type="checkbox"/> 家族療養費附加金	円
<input type="checkbox"/> 高 額 療 養 費	円
合 計	円

受 付

【 療養費・家族療養費請求書 記入要領 】

- (1) ⑧欄は、組合員証を使用しなかった理由が「治療用装具の購入」の場合は「医師が装着の必要を認めた日（医師の証明書による）」を、「組合員証不携帯」の場合は「組合員証不携帯で受診した初日」を記入してください。
- (2) ⑩欄～⑫欄は、それぞれ該当するものに○をつけてください。
- (3) ⑬欄「傷病の原因」は、いつ、どこで、何をしているとき等、なるべく具体的に詳しく記入してください。
- (4) ⑯欄「組合員証を使用しなかった理由」は、なるべく具体的に詳しく記入してください。
- (5) コルセットなどの治療用装具の購入による請求の場合には、「装具の装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の証明書」及び「実費についての領収書」（いずれも原本）を添付してください。
- (6) 組合員証不携帯に伴う立替払いによる請求の場合は、医療機関等が作成した「診療報酬領収済明細書[※]」を添付してください。
※ 医療機関等の窓口で、支払いの際に領収書に添付されている「診療明細書」ではないので、ご注意ください。
- (7) 外国の医療機関で受診し立替払いによる請求の場合は、受診した現地医療機関が発行した「診療内容明細書」及び「領収明細書」を添付してください。
* このケースについては、請求前に共済組合あてご連絡願います。