

伺	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。	決裁	局長	課長	課長補佐	係長	係

- 療 養 費  
 高 額 療 養 費 請 求 書  
 家 族 療 養 費

決定額	療 養 費 ※	円
	高 額 療 養 費 ※	円

組合員証 記号番号	100 - 8888	組合員氏名	共 済 太 郎		所属所名	〇 〇 〇
療養者 氏 名	共 済 太 郎		生年月日 性別・続柄	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	性別	男・女 続柄 本人
傷病名	急 性 盲 腸 炎		傷病の原因	不明		
初診年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	医療機関又は 薬局名及び その住所	〇 〇 国 立 病 院 東京都〇〇区〇〇町〇〇番地		保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 そ の 他	
療養期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から	療養に要 した費用	94,000 円	・療養費	請求金額	
	令和 〇 年 〇 月 〇 日まで			・家族療養費	65,800 円	
				・高額療養費	請求金額 円	
治療用装具を 装着した場合	装着年月日			入院・外来の別		
	令和 年 月 日			入院 ・ 外来		
組合員証を使用 しなかった理由	出張中、路上で急に腹痛が激しくなり附近の病院で診療を受けたところ、手術の必要があり入院したが、組合員証を持参していなかったため自費で診療費を払った。					
上記のとおり請求します。 山形県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇〇号 請求者 氏 名 共 済 太 郎						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇 〇 市 長 所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇						

所属所  
受付印

- 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
- 治療用装具を装着したときは、装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の「身体用補装具の装着を必要とする証明書」及び「実費についての領収書」原本を添付してください。また、治療用の靴型装具を制作した場合は、「患者が実際に装着していることが確認できる写真（足首部分まで入っているもの）」を添付してください。
- 小児の弱視等の治療用眼鏡及びコンタクトレンズを作成したときは、医師の「作成指示書」の写し及び「実費についての領収書」の原本を添付してください。
- 証不携帯等の場合は、医療機関の作成した診療内容の分かる「診療報酬領収済明細書」及び「実費についての領収書」原本を添付してください。
- 海外での診療の場合は、4.の「診療報酬領収済明細書」及び「実費についての領収書」と同等のものに日本語訳を添付してください。  
また、海外に渡航した事実が確認できる書類「旅券」等の写しと、海外療養を担当した者に当組合が照会することに関する同意書を添付してください。
- ※印欄は、記入しないでください。

伺	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。	決 裁	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

- 療 養 費  
 高 額 療 養 費 請 求 書  
 家 族 療 養 費

決 定 額	療 養 費 家族療養費 ※	円
	高 額 療 養 費 ※	円

組合員証 記号番号	100 - 8888	組合員氏名	共 済 太 郎		所属所名	○ ○ ○
療養者 氏 名	共 済 一 郎		生年月日 性別・続柄	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	性別	男・女 長男
傷病名	右足間接捻挫		傷病の原因	部活動の練習中に足をひねったため		
初診年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	医療機関又は 薬局名及び その住所	○ ○ 病 院 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○ 番 地		保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 他 の	
療養期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から	療養に要 した費用	9,060 円	・療養費 ・家族療養費	請求金額 6,342 円	
	令和 年 月 日まで			・高額療養費	請求金額 円	
治療用装具を 装着した場合	装着年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		入院・外来の別 入院 ・ 外来			
組合員証を使用 しなかった理由	治療用装具購入のため					
上記のとおり請求します。 山形県市町村職員共済組合理事長 様 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住 所 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ 丁 目 ○ 番 ○ ○ 号 請求者 氏 名 共 済 太 郎						
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 職 名 ○ ○ 市 長 所属所長 氏 名 ○ ○ ○ ○						

所属所  
受付印

1. 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
2. 治療用装具を装着したときは、装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の「身体用補装具の装着を必要とする証明書」及び「実費についての領収書」原本を添付してください。また、治療用の靴型装具を制作した場合は、「患者が実際に装着していることが確認できる写真（足首部分まで入っているもの）」を添付してください。
3. 小児の弱視等の治療用眼鏡及びコンタクトレンズを作成したときは、医師の「作成指示書」の写し及び「実費についての領収書」の原本を添付してください。
4. 証不携帯等の場合は、医療機関の作成した診療内容の分かる「診療報酬領収済明細書」及び「実費についての領収書」原本を添付してください。
5. 海外での診療の場合は、4.の「診療報酬領収済明細書」及び「実費についての領収書」と同等のものに日本語訳を添付してください。  
また、海外に渡航した事実が確認できる書類「旅券」等の写しと、海外療養を担当した者に当組合が照会することに関する同意書を添付してください。
6. ※印欄は、記入しないでください。