共済組合用

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
☐ 家 族 療 養 費

請　求　書

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　－　12345	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
療養者氏名	共済　太郎	生年月日 性別・続柄	昭和　○　年　○　月　○　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　○　年　○　月　○　日	医療機関又は薬局名及びその住所	○○国立病院 東京都○○区○○町○番地	小児弱視等の治療用眼鏡	
				前回請求	＿＿回目の請求 年　月
療養期間	令和　○　年　○　月　○　日から	療養に要した費用	100,000　円	・療養費 ・家族療養費	請求金額 70,000　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			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	外出中に路上で急に腹痛が激しくなり付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　○　年　○　月　○　日

請求者
住　所　○○市○○町○丁目○番○○号
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

所属所長
職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

所属所受付印

(R6.4.1)

※ 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。

※ 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「治療用装具製作指示装着証明書」の原本及び「実費についての領収書」の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。（眼鏡作成に係る処方箋は添付書類として取扱いできません。）

※ 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「実費についての領収書」の原本及び「診療報酬領収済明細書」（通常医療機関から発行される診療明細書ではなく療養費請求用のものです。）の原本を添付してください。

※ 海外での診療の場合は、「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。

共済組合用

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
☑ 家 族 療 養 費

請　求　書

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　－　12345	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
療養者氏名	共済　一郎	生年月日 性別・続柄	平成　○　年　○　月　○　日	性別 続柄	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	小児弱視等の治療用眼鏡 前回請求 ＿＿回目の請求 年　月	
療養期間	令和　○　年　○　月　○　日から 令和　年　月　日まで	療養に要した費用	10,000 円	・療養費 ・家族療養費	請求金額 7,000 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	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

請求者
住　所　○○市○○町○丁目○番○○号
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

所属所長
職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

所属所受付印

(R6.4.1)

※ 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。

※ 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「治療用装具製作指示装着証明書」の原本及び「実費についての領収書」の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。（眼鏡作成に係る処方箋は添付書類として取扱いできません。）

※ 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「実費についての領収書」の原本及び「診療報酬領収済明細書」（通常医療機関から発行される診療明細書ではなく療養費請求用のものです。）の原本を添付してください。

※ 海外での診療の場合は、「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。

共済組合用

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
☑ 家 族 療 養 費

請　求　書

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 － 12345	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
療養者氏名	共済　花子	生年月日 性別・続柄	令和　○　年　○　月　○　日	性別 続柄	男・女 長女
傷病名	弱視	傷病の原因	先天性		
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	○○眼科 ○○市○○町○○番地	小児弱視等の治療用眼鏡	2 回目の請求 前回請求 R○　年　○　月

療養期間	令和　○　年　○　月　○　日から	療養に要した費用	20,000 円	・療養費 ・家族療養費	請求金額 16,000 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	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	治療用眼鏡の購入のため	

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

請求者
住　所　○○市○○町○丁目○番○○号
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

所属所長
職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

所属所受付印

(R6.4.1)

※ 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。

※ 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「治療用装具製作指示装着証明書」の原本及び「実費についての領収書」の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。（眼鏡作成に係る処方箋は添付書類として取扱いできません。）

※ 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「実費についての領収書」の原本及び「診療報酬領収済明細書」（通常医療機関から発行される診療明細書ではなく療養費請求用のものです。）の原本を添付してください。

※ 海外での診療の場合は、「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。