

療養費・移送費・高額療養費
家族療養費・家族移送費等請求書

保健課長	課長補佐	保健係長	主任	支出決定 伺

シーケンス番号	給種
2	

組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組合員氏名	所属機関名
1 一般 2 任継			フリガナ 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	

療養者氏名	続柄	性別	マイナ保険証・資格確認書等を使用しなかった理由	
フリガナ		1 男 2 女	1 治療用装具 2 証(書)不携帯 3 その他	2 及び3に該当の場合は、詳しく記入してください。

生年月日	3 昭和 年 月 日 4 平成 5 令和	扶養認定年月日 (療養者が組合員の場合、資格取得年月日)	3 昭和 年 月 日 4 平成 5 令和
------	----------------------------	---------------------------------	----------------------------

療養期間 (治療用装具作成の場合は作成指示日)	※診療実日数	処置医療機関の名称及び所在地
令和 年 月 日から 日まで (療養月年齢 歳) 75歳以上の方等、後期高齢者医療制度の適用を受けている方は、共済組合の療養費給付対象者となりません*3	日	

療養区分	※負担割合	傷病名	傷病の原因	
11 入院 12 外来 32 歯科 42 調剤	乳 7 高 8 9		1 一般疾病 2 自損事故 3 その他	2 及び3に該当の場合は、詳しく記入してください。

療養に要した費用	請求金額	※入院時食事(生活)療養費			
円	円	食事回数	食事療養(全額)	標準負担額	共済負担額
		回	円	円	円
※決定額	一部負担金払戻金・家族療養費附加金	高額療養費		合計	
円	円	円		円	

上記のとおり請求します。

千葉県市町村職員共済組合理事長 様

〒

令和 年 月 日 請求者 住所
氏名

組合受付印	再受付印	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 所属所長 氏名
-------	------	---

§58 §59 (202504)

- 治療用装具作成の場合は、必ず医師の診断書(小児弱視等治療用眼鏡は治療目的である旨が明記されているもの、弾性着衣等の場合は弾性着衣等装着指示書、その他の治療用装具は**治療用装具製作指示装着証明書**)及び領収証(明細書含む)の**原本**を添付してください。
- マイナ保険証・資格確認書等を証(書)不携帯等で全額自己負担された場合は、診療報酬明細書(写し可)及び領収書(原本)を添付してください。
なお、**請求書は診療報酬明細書1枚ごとに1部作成してください。**
- 後期高齢者医療制度の適用を受けている方は、請求先が居住地の市区町村となるため、共済組合には請求できません。
- 請求金額は、療養に要した費用から、それぞれの区分に応じた一部負担金額を除いた金額になります。