

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	9 9 9	1 2 3 4	フリガナ キョウサイ タロウ 共済 太郎 生年月日 昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	△△市

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 キョウサイ タイチ 共済 太一	長男	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	昭和 平成 令和	年	月	日	扶養認定年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
○	○	○	○	○	(療養者が組合員の場合、資格取得年月日)	○	○	○	○

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	共済中央病院 千葉市中央区中央港□□-□

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	骨折	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			
〇〇,〇〇〇 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  
〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
令和 ○年 ○月 ○日 請求者 住所 千葉市中央区中央□□-□□□  
氏名 共済 太郎

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 △△市長 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。