

療 養 費

家族療養費 請求書

高額療養費

第107条・第110条・第110条の4様式

給種コード										所属機関名	〇〇市		
組合員等 記号・番号 又は 個人番号	記号	5	0	3	番号		1	2	3	4	5	組合員氏名	共済 太郎
療養者氏名	共済 太郎				療養者 生年月日	昭和・平成・令和 △△年 5月 1日			続柄	本人			
療養区分	13 装具	14 輸血	15 証不携帯	16 その他	診療 区分	7 入院	6 外来	8 歯科	入院 期間	令和△△年 5月10日から 令和△△年 5月20日まで			
療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								療 日	養 数	0 日		
傷病名	左足関節靭帯損傷			傷病の 原因	スポーツ		初診 年月日	令和△△年 5月 10日					
療養に要 した費用	20,000 円			請 求 金 額	14,000 円		決 定 金 額						
医療機関又は薬局 名及びその住所	共済病院 前橋市大手町1-30-45						保険医療機関・保険薬局・その他						
請 求 の 理 由	治療用装具装着のため												
上記のとおり請求します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 5 月 23 日 住 所 前橋市元総社町335番地の8 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 5 月 24 日 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 赤城 一郎													

- 1 組合員等記号・番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
- 2 請求の理由は、医療機関等での精算時に保険診療を受けることができなかった理由について具体的に詳しく記入してください。
- 3 治療用装具装着等の場合は、医師の必要と認める証明書及び領収書を添付してください。
- 4 医療費等の場合は、医療機関又は薬局等の作成した診療報酬領収済明細書を添付してください。