

療養費・**家族療養費**  
高額療養費  
移送費・家族移送費

# 請求書

原因が不明の場合は「不明」と記入すること。

※

	入院	決定額	円
	外来		
	歯科		

組合員氏名	<b>共済 太郎</b>		組合員証等 記号・番号	△△△・△△△	所属機関名	<b>〇〇市</b>		
療養者氏名	<b>共済 愛子</b>		生年月日	昭平 △△年 △△月 △△日	性別	男・ <b>女</b>		
				年齢 ( 30 ) 才	続柄	<b>配偶者</b>		
傷病名	<b>&lt;例&gt; 椎間板ヘルニア</b>		傷病の原因	<b>&lt;例&gt; 重い荷物をかかえた為</b>				
初診年月日	平成 △△年 △△月 △△日		医療機関 又は薬局等	所在地	区		保険医療機関 保険薬局、その他	
			名称	分				
療養期間	平成 △△年 △△月 △△日から 平成 △△年 △△月 △△日まで		療養に 要した 費用	100,000 円		請求金額	療養費	円
							家族療養費	<b>70,000</b> 円
							高額療養費	円
							移送費	円
							家族移送費	円
公費負担医療 の適用の有無	有・ <b>無</b>		公費負担 番号	<b>必ず記入すること。</b>		福祉医療の 適用の有無	有・ <b>無</b>	
移送の方法			移送の経路			付添人	住所	
						氏名		
組合員証等を使用しなかった理由	<b>&lt;例&gt; 装具作製のため</b>							
備考								
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>山口県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 △△年 △△月 △△日</p> <p>住所 〒△△△-△△△△ <b>〇〇市〇〇町1-1</b></p> <p><b>所属所により記入、証明してください。</b> 請求者 氏名 <b>共済 太郎</b></p> <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 △△年 △△月 △△日</p> <p>職名 <b>〇〇市長</b></p> <p>所属所長 氏名 <b>〇 〇 〇 〇</b></p> <p style="text-align: right;"><b>共済</b> <b>〇 長 印</b></p>								

- 「組合員証等を使用しなかった理由」欄は、具体的に詳しく書いてください。
- 組合員証等を持参していなかったことにより、療養費・家族療養費を請求するときは
  - 受診した医療機関等に依頼して、診療報酬明細書（レセプト）を作成のうえ、そのレセプトと領収書を添付する。
  - 受診した医療機関等に依頼して、裏面の「診療報酬領収済明細書」に記入、証明を受ける。
 のどちらか一方により、請求書を提出してください。
- 移送費・家族移送費を請求するときは、
  - 下記事項を記載した医師等の意見書
    - 移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は、併せてその付添いを必要と認めた理由）
    - 病院又は診療所に入院した場合には、その期間並びに医療機関の名称及び所在地
    - 移送の方法及び経路
  - 移送に要した費用の請求書及び領収書を添付のうえ提出してください。
- 「公費負担者番号」欄は、「公費負担医療の適用の有無」欄において「有」の方に○をつけた方のみ記入してください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 組合員証等の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。