

療養費・家族療養費  
高額療養費  
移送費・家族移送費

# 請求書

※

		入院		決定額						円	
		外来									
		歯科									
組合員氏名		組合員証等 記号・番号		所属機関名							
療養者氏名		生年月日		昭 平 令 年 月 日		性別		男 ・ 女			
				年齢 ( ) 才		続柄					
傷病名		傷病の原因									
初診年月日		平成 令和 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 令和 年 月 日から		療養に 要した 費用		請求 金額		療養費		円	
		平成 令和 年 月 日まで						家族療養費		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 ・ 無		公費負担者 番号				福祉医療の 適用の有無		有 ・ 無	
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											
備考											
上記のとおり請求します。		山口県市町村職員共済組合理事 殿									
		令和 年 月 日		住所							
				請求者							
				氏名						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						印	

- 「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。

## 診療報酬領収済明細書

組合員証等の記号番号				組合員証等の発行機関									
組合員	住所							公務上					
	氏名							公務外	乗船中発病したもの				
受給者	住所	生年月日							公務外	下船中発病したもの			
	氏名	年月日生											
傷病名	①	初診	年月日	当月開始	年月日	診療日数	日	終診	年月日	転帰			
	②	診	年月日	開始	年月日	数	日	診	年月日	治ゆ	繰越	死亡	転医
臨床学的見所					理化学的見所								
診療の内容								摘要					
項目内容								経過及び診療事実に関する理由					
診察料	初診							円					
	再診							円					
	往診	回						円					
投薬料	内服	種類	日分					円					
		種類	日分					円					
		種類	日分					円					
投薬料	頓服	種類	回調剤					円					
	外用	種類	回調剤					円					
注射料	(皮) (筋)	回						円					
	(静) (動)	回						円					
	の別を記入	回						円					
処置料	処置名	回						円					
		回						円					
		回						円					
手術料	手術名	回						円					
		回						円					
検査料	検査名	回						円					
		回						円					
レントゲン料	透視撮影	枚						円					
その他													
入院料	看食自	日	日間					円					
	賄(無)寝至	日	日間					円					
合計								円	療法開始年月日				
領収済額								円	結核化学療法 年月日				
								(うち薬剤一部負担額 円)	円	駆梅療法 年月日			
上記のとおり領収しました。								円	( ) 年月日				
								円	結核予防法による公費負担 円				
令和 年 月 日								円	初診に要した月の診療額 円				
								円	入院の初日 年月日				
殿 医療機関名 及びその住所								印					

備考 1 この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。  
 2 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。