

療養費・家族療養費・高額療養費・移送費・家族移送費 請求書

組合員等記号・番号		組合員氏名			所属機関名	
-						
療養者(移送者)の氏名		*共済使用 1・2	生年月日(和暦) 年 月 日		受診時年齢 小学校入学前 70歳以上	組合員との続柄 *共済使用
傷病名		傷病の原因		該当に○ 公務・労働・通勤災害・ 第三者行為による傷病で すか はい いいえ		
初診年月日(和暦) 年 月 日※		療養期間(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日		療養に要した費用 円		
診療・診断・装具等の作成指示を行った医療機関・薬局等の名称		所在地		該当の区分に○ 保険医療機関 保険薬局 その他		請求金額 円※
*共済使用		福祉医療適用のときは該当の制度に○ 乳幼児・子ども医療・ひとり親・重度心身障害		*共済使用・決定額		
公費適用のときは公費負担者番号		福祉医療適用のときは該当の制度に○		*共済使用・決定額		
↓請求内容に○		添付書類等(請求内容によっては記載以外の書類を依頼することがあります)				
療養の給付等を受けられなかったため(マイナ保険証等の使用不能・不携帯・資格登録前の受診)		①「診療報酬明細書(レセプト)」「(医療機関又は前の健康保険等から交付を受けたものの現物)又は別紙様式第27号の1「診療報酬領収済明細書」 ②医療機関の領収書(原本。前の健康保険等に支払ったときは、その領収書の原本)				
装具作成・購入		①医師による「装着指示書及び装具装着証明書」(原本) ②①により作成された装具の領収書(原本)及び見積書等金額の明細が確認できる書類 ③靴型装具のときは、装着写真 ④弾性着衣購入のときは、着圧等の仕様確認ができる資料(カタログ、HP等の写)				
治療用眼鏡作成		①医師による「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」(原本) ②①により作成した眼鏡の領収書(原本)				
移送費		移送の方法		移送の経路		
		付添人の住所氏名		①医師の証明書、同意書、意見書(原本) ②搬送に要した費用の領収書(原本) ③医師の派遣を要したときはその費用の領収書(原本)		
その他(内容を記入/添付書類は共済組合へご確認ください)						
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合 理事長 様 印 年 月 日 請求者(組合員) 住所 氏名(自署)						
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長						

1. この請求書は、診療報酬明細書(レセプト)又は作成指示書等1件につき1枚作成してください。

2. 該当項目に必要な事項を記入のうえ、該当する添付書類を全て添付してください。なお、※の欄が不明なときは記入不要です。
 ・請求額(給付額)は次のとおりです。療養の給付を受けられなかったときは、医療費の7割又は8割(乳幼児、高齢一般)を給付。
 装具・治療用眼鏡作成等は療養の給付と同様。ただし、上限額あり。移送費は必要と認められる範囲の全額を給付。
 ・請求者(通常は組合員)が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。
 ・組合員等記号・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。

3. 所属所長の欄は、所属所の共済組合事務担当課が証明を行います。
 ただし、任意継続組合員が請求するときは証明不要ですので、直接共済組合へ提出してください。

※共済組合 使用欄	受付印		決定してよろしいか		レセプト 現金給付	療養費(移送費)		療養費区分/ 01療養費 02代理療養費				
	課長	担当	課長	担当		移送費 110・120		給種/ 02移送(要DB修正) 03装具 05証				
						高額療養費 130		診療区分/ 11入 12外 31歯入 32歯 42調剤				
						附加給付等 510・410		負担区分/ 乳幼児 高齢7割(2) 高齢2割(3)				
		日数/										