

※ 課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

療養費・家族療養費請求書

下記のとおり請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

※
入力

請求日	年	月	日	療養に要した金額	円	決定金額	療養費	※			
組合員証記号番号				請求金額	円		家族療養費	円			
組合員氏名				所属所		取得年月日	年	月	日		
						喪失年月日	年	月	日		
療養者氏名				認定年月日	年	月	日	(必ず記入してください。)			
生年月日	年 月 日 (才) (続柄)			公費	該当 ・ 非該当		傷病の原因				
傷病名				公費コード							
				病類コード							
初診年月日	年	月	日	療養期間	※コルセット作成の場合は装着年月日を記入のこと。 年 月 日から 年 月 日まで		(一般疾病・自損事故・第三者行為等)				
入院年月日	年	月	日								
請求内容	○を付けて下さい。	コルセット装着 作成時：入院・外来	組合員証不携帯 入院 ・ 外来	その他 ()		医療機関又は薬局 の名称、住所					
組合員証を使用しなかった理由	(具体的に詳しく書いてください。)					※共済組合使用欄					
						療養費	本家				
						薬剤一部負担金					
						附加金					
						医療費合計					
						府県コード (茨城県08)	※	シーケンス番号			

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名
所属所長
氏名

印

- 太線の中を洩れないよう記入して下さい。(ただし、 部分は記入しないでください。)
- コルセット作成の場合は必ず、医師の意見書及び領収書(明細書を含む)の原本を添付して下さい。
- 組合員証不携帯の場合は必ず、診療報酬明細書(レセプト)に領収書の原本を添付して下さい。
(請求書はレセプト1枚毎に作成して下さい。)
- 請求金額は療養に要した金額に、次の区分に応じた割合を乗じて得た金額となります。(円未満切捨て)
小学校入学前…0.8 小学校入学後から69歳…0.7
70歳以上75歳未満…昭和19年4月1日以前生まれ：0.9 昭和19年4月2日以降生まれ：0.8 現役並所得者：0.7

受付印

