

※ 課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して  
よろしいか。

該当する方を囲んでください。

## 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	平成〇〇年〇〇月〇〇日			療養に要した金額	〇〇,〇〇〇 円		決定金額	療養費		※
組合員証記号番号	1	1	1	請求金額	〇〇,〇〇〇 円		決定金額	家族療養費		円
組合員氏名	共済 太郎			所属所	〇〇市役所		取得年月日	〇〇年〇月〇日		
療養者氏名	共済 太郎			傷病の原因	傷病の原因を必ず記入してください。		喪失年月日	年 月 日		
生年月日	平成〇〇年〇月〇日 (〇才) (続柄本人)			公費	該当 ・ 非該当		例①階段を踏み外したため			
傷病名	右膝内側副靭帯損傷			傷病名を記入してください。			例②食あたり			
初診年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日			治療期間	※コルセット作成の場合は装着年月日を記入のこと。 平成〇〇年〇月〇日から 年 月 日まで		例②	例①		
入院年月日	年 月 日			請求内容	例① コルセット装着 作成時：入院 外来		例② 組合員証不携帯 入院 外来	その他		
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。)			医療機関又は薬局の名称、住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇〇〇病院		医療機関名、住所は必ず記入してください。			
	例①治療用装具購入のため			※共済組合使用欄	薬剤一部負担金					
	例②旅行中に病気になり、組合員証を持参していなかったため				附加金					
	組合員証不携帯の場合、診療報酬明細書(レセプト)に領収書の原本を添付してください。請求書はレセプト1枚毎に作成してください。				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。

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

職名 〇 〇 市長  
所属所長  
氏名 〇 〇 〇 〇

印

- 太線の中を洩れの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

