

療 養 費

家族療養費 請 求 書

決定伺	課 長	課長補佐・主 幹	課 員

記 号	番 号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名	
999	99999	共 済 太 郎	〇〇市	
療養者氏名	共 済 花 子	生年月日	昭和 平成 令和	40年 12月 24 日
		続 柄	配 偶 者	
傷 病 名	左アキレス腱断裂	初診年月日	平成 令和	〇年 〇月 〇 日
傷病の原因	バレーボール中に負傷	入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	
		第三者による 行為の別	該 当 ・ 非 該 当	
療養期間	令和 〇年 〇月 〇 日 ~ 令和 〇年 〇月 〇 日		※装具購入の場合は作指示 の日付を記入してください	
医療機関名 及び所在地	〇〇病院 〇〇市〇〇		区分	保険医療機関 保 險 薬 局 そ の 他
療養に要した 費用 (領収書金額)	100,000 円	請求額	70,000 円	
マイナ保険証 等を使用しな かった理由	1. 治療用装具購入 2. はり・きゅう施術 3. マイナ保険証等不携帯 4. その他 ※3. 4に該当する場合、具 体的に記入してください			
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇年 〇月 〇 日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 氏名 共 済 太 郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〇年 〇月 〇 日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			共済組合受付印	

- 療 養 費
 家族療養費 請 求 書

決定伺	課 長	課長補佐・主 幹	課 員

治療用装具

記 号	番 号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名
999	99999	共 済 太 郎	〇〇市
療養者氏名	共 済 花 子	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 令和 40年 12月 24日
		続 柄	配偶者
傷 病 名	左アキレス腱断裂	初診年月日	平成 令和 〇年 〇月 〇日 装着証明書の指示日
傷病の原因	バレーボール中に負傷 ※第三者行為、公務災害の場合支給できません。出来るだけ詳細に記載してください。	入院・外来の別	入 院 ・ <input checked="" type="radio"/> 外 来
		第三者による 行為の別	該 当 ・ <input checked="" type="radio"/> 非該当
療養期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 年 月 日	※装具購入の場合は作成指示の日付を記入してください	
医療機関名 及び所在地	〇〇病院 〇〇県	区分	<input checked="" type="radio"/> 保険医療機関 保 険 薬 局 そ の 他
療養に要した 費用 (領収書金額)	領収書の金額 円	請求額	領収書の金額の7割 (6歳未満、70歳以上等は8割) 円未満は切捨て 円
マイナ保険証 等を使用しな かった理由	<input checked="" type="radio"/> 治療用装具購入 2. はり・きゅう施術 3. マイナ保険証等不携帯 4. その他 ※3. 4に該当する場合、具 体的に記入してください		
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 氏名 共 済 太 郎			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			共済組合受付印

※添付書類について

- ①治療用装具製作指示装着証明書：病院で発行します。
- ②見積書：製作所で発行します。（治療用眼鏡の場合は不要です。）
- ③領収書：治療用眼鏡の場合は、但し書き（治療用メガネ代金であること。）が必要です。

※全て原本が必要です。（領収書のみ返却できません。必要な方は付箋等で申し出てください。）

- 療 養 費
 家族療養費 請 求 書

決定伺	課 長	課長補佐・主 幹	課 員

はり・きゅう

記 号	番 号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名	
999	99999	共済 太郎	〇〇市	
療養者氏名	共済 花子	生年月日	昭和 平成 令和	40年 12月 24日
		続 柄	配偶者	
傷 病 名	左アキレス腱断裂	初診年月日	平成 令和	〇年 〇月 〇日 療養費支給申請書に記載
傷病の原因	バレーボール中に負傷 ※第三者行為、公務災害の場合支給できません。出来るだけ詳細に記載してください。	入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	
		第三者による行為の別	該 当 ・ 非該当	
療養期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日		※療養費支給申請書の日付を記入してください	
医療機関名及び所在地	〇〇病院 〇〇県		区分	保険医療機関 保 険 薬 局 そ の 他
療養に要した費用 (領収書金額)	領収書の金額	円	請求額	領収書の金額の7割 (6歳未満、70歳以上等は8割) 円未満は切捨て
マイナ保険証等を使用しなかった理由	1. 治療用装具購入 2. はり・きゅう施術 3. マイナ保険証等不携帯 4. その他 ※3. 4に該当する場合、具体的に記入してください			
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 氏名 共済 太郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			共済組合受付印	

※添付書類について

- ①療養費支給申請書：ひと月ずつ必要です。施術所で発行します。
- ②医師の同意書：病院で発行します。6ヶ月間有効です。
- ③領収書

※全て原本が必要です。（領収書のみ返却できます。必要な方は付箋等で申し出てください。）

□ 療 養 費
☑ 家族療養費 請 求 書

決定伺	課 長	課長補佐・主 幹	課 員

不携帯 その

記 号	番 号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名
999	99999	共済 太郎	〇〇市
療養者氏名	共済 花子	生年月日	昭和 平成 令和 40年 12月 日
		続 柄	配偶者
傷 病 名	インフルエンザ	初診年月日	平成 令和 〇年 〇月 〇日
傷病の原因	不詳	入院・外来の別	入 院 ・ 外 来
		第三者による 行為の別	該 当 ・ 非該当
療養期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日	レセプトに記載がありません。不明なときは空欄で結構です。	
医療機関名 及び所在地	〇〇病院 〇〇県	区分	保険医療機関 保 険 薬 局 そ の 他
療養に要した 費用 (領収書金額)	領収書の金額 円	請求額	領収書の金額の7割 (6歳未満、70歳以上等は8割) 円未満は切り捨て 円
マイナ保険証 等を使用しな かった理由	1. 治療用装具購入 2. はり・きゅう施術 ③ マイナ保険証等不携帯 4. その他 ※ 3. 4に該当する場合、具体的に記入してください 旅行中のためマイナ保険証等を持っていなかった ので窓口で10割負担した		
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 請求者 氏名 共済 太郎			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			共済組合受付印

※添付書類

- ①診療報酬明細書（レセプト）：病院で発行します。
- ②領収書：宛名は組合員の名前かその被扶養者に限ります。

保険の切り替え時期などで、前の健康保険で受診してしまった場合は前の健康保険組合に7割分（6歳未満、70歳以上等は8割）の医療費を返還した後共済組合にご請求ください。

※添付書類

- ①診療報酬明細書（レセプト）：健康保険組合で発行します。
- ②領収書：宛名が組合員やその被扶養者でない場合は、健康保険組合からの返還請求書類の写しなど、領収書の宛名の方と組合員の関係が分かる書類を添付してください。

※全て原本が必要です。（領収書のみ返却できます。必要な方は付箋等で申し出てください。）