

療養費 ・ 家族療養費

(表面) R7.10

高額療養費 ・ 移送費

請求書


職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

組合員氏名	組合員 (記号) 番号	(地・大阪)	所属名
-------	-------------	--------	-----

療養者 ※組合員本人の場合は 下記の <input type="checkbox"/> にチェックのみ をつけてください。  <input type="checkbox"/>	療養を受けた被扶養者氏名	左の被扶養者の生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	続柄	上の被扶養者の認定年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	※資格確認書 (保険証) の表面に記載あり	

傷病名	傷病の原因
-----	-------

医療機関 又は薬局	名称	<input type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他
	所在地	

初診年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
-------	---	------	----------------------------

療養に要した費用 (保険診療対象分 のみ。個室料等自 費分を除く)	療養費・家族療養費請求金額	円
	高額療養費請求金額	円
	移送費請求金額	円

移送承認 年月日	令和 年 月 日	移送 方法	移送 区間
-------------	----------	----------	----------

資格確認書等を使用しなかった理由 ※いずれかの <input type="checkbox"/> にチェック。そ 他の場合は具体的理由を記入	<input type="checkbox"/> 資格確認書等忘れ	<input type="checkbox"/> 装具購入	<input type="checkbox"/> その他 (具体的理由をカッコ内に記載してください)
--	-----------------------------------	-------------------------------	--

日中の 連絡先	職場 (<input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通) Tel :	内線 :
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯 Tel :	

※1 請求に係る領収書 (診療明細付) の原本を添付して下さい。
※2 移送料については、移送承認申請書により承認された移送区間若しくは移送方法によらなかった場合には、「組合員証を利用しなかった理由 (具体的理由)」欄に理由を記載してください。

※以下、共済使用欄 (記入不要)

共済受付 /処理欄	受付日	年 月 日	所属所受付 /処理欄	受付日	年 月 日
	処理日	年 月 日		処理日	年 月 日

決定額	療養費 ・ 家族療養費 ・ 高額療養費 ・ 移送費	円
-----	---------------------------	---

療養費 ・ 家族療養費

【記入例】

(表面) R7.10

高額療養費 ・ 移送費

請求書

職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様
下記のとおり請求します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

組合員氏名	組合員 (記号) 番号	(地・大阪)	所属名
共済 太郎	3 0 1 2 3 4 5 6 7 8		総務サービス課

療養者 ※組合員本人の場合は 下記の <input type="checkbox"/> にチェックのみ をつけてください。 ↓ <input type="checkbox"/>	療養を受けた被扶養者氏名	左の被扶養者の生年月日
	共済 次郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和
	続柄	上の被扶養者の認定年月日
	次男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和

傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇	傷病の原因	公務外
-----	----------	-------	-----

医療機関 又は薬局	名称	〇〇〇診療所	<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関
	所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇〇号	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他

初診年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
-------	--	------	----------------------------

療養に要した費用 (保険診療対象分のみ。個室料等自費分を除く)	療養費・家族療養費請求金額	記入不要 ※領収書 (診療明細付) を添付してください。	円
	高額療養費請求金額		円
	移送費請求金額		円

移送承認年月日	令和 年 月 日	移送方法	移送区間
---------	----------	------	------

資格確認書等を使用しなかった理由 ※いずれかの <input type="checkbox"/> にチェック。その他の場合は具体的理由を記入	資格確認書等忘れ <input checked="" type="checkbox"/>	装具購入 <input type="checkbox"/>	その他 (具体的理由をカッコ内に記載してください) ()
---	--	-------------------------------	-------------------------------

日中の 連絡先	職場 (<input checked="" type="checkbox"/> 代表 ・ <input type="checkbox"/> 直通) Tel : 06-6341-0351 内線 : 〇〇〇〇
	又は <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 携帯 Tel :

※ 1 請求に係る領収書 (診療明細付) の原本を添付して下さい。
※ 2 移送料については、移送承認申請書により承認された移送区間若しくは移送方法によらなかった場合には、「組合員証を利用しなかった理由 (具体的理由)」欄に理由を記載してください。

※以下、共済使用欄 (記入不要)

共済受付 /処理欄	受付日	年 月 日	所属所受付 /処理欄	受付日	年 月 日
	処理日	年 月 日		処理日	年 月 日

決定額	療養費 ・ 家族療養費 ・ 高額療養費 ・ 移送費	円
-----	---------------------------	---