

療 養 費 ・ 家 族 療 養 費
高 額 療 養 費 ・ 移 送 費

請 求 書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり請求します。

年 月 日

組合員 氏 名		組合員証 記号番号	地・大阪	所属名			
療養者 ※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>	療養を受けた 被扶養者氏名						
	生年月日		年	月	日	続柄	
	被扶養者認定年月日		年	月	日	※組合員証（保険証）表面に記載	
傷病名			傷病の原因				
医療機関 又は薬局	名 称					・ 保健医療機関 ・ 保健薬局 ・ その他	
	所在地						
初診年月日	年	月	日	療養期間	年	月	日から
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）	円		療養費・家族療養費請求金額		円		
	円		高額療養費請求金額		円		
	円		移送費請求金額		円		
移送承認 年 月 日	年	月	日	移送 方法	移送 区間		
組合員証を使用しなかった理由 ※何れかにチェック。その他 の場合は具体的理由を記入	組合員証 忘 れ	<input type="checkbox"/>	装具 購入	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	(具体的理由)

※1 請求にかかる領収書（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）」欄に理由を書いて下さい。

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請の場合は記入不要） 職場（代表・直通）Tel _____（_____） 内線（_____） 又は 自宅・携帯 Tel _____（_____）

※下記は記入不要です。

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

【記入例】

療養費・家族療養費
高額療養費・移送費

請求書

職員番号（独法職員のみ）

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	共済 太郎		組合員証 記号番号	地・大阪					所属名			
				3	0	1	2	3	4	5	6	7
療養者 ※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>	療養を受けた 被扶養者氏名		共済 次郎									
	生年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日					続柄	次男			
	被扶養者認定年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日					※組合員証（保険証）表面に記				
傷病名	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"/> 保健医療機関 <input type="checkbox"/> 保健薬局 <input type="checkbox"/> その他			
	所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇〇号										
初診年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日 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		〇〇,〇〇〇円							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	年	月	日	移送 方法				移送 区間				
	組合員証を使用しなかった理由 ※何れかにチェック。その他 の場合は具体的理由を記入		組合員証 忘れ	<input checked="" type="checkbox"/>	装具 購入	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	(具体的理由)			

※1 請求にかかる領収書（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）」欄に理由を書いて下さい。

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請の場合は記入不要）

職場（代表・直通） Tel 〇6 (6341) 0351 内線 (〇〇〇〇)
 又は 自宅・携帯 Tel ()

※下記は記入不要です。

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