

療養費

家族療養費請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額						円
附加金等			給付額計			

記号	番号	組合員氏名	所属所名			
999	9999	共済太郎	〇〇市			
療養者氏名	共済花子		生年月日	昭和 40年 12月 24日 平成		
			性別	男・女	続柄	配偶者
傷病名	左アキレス腱断裂		初診年月日	平成 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	平成 〇年 〇月 〇日 ~ 平成 年 月 日		※装具購入の場合は見積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 〇〇市〇〇		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)	100,000 円		請求額	70,000 円		
組合員証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. 組合員証不携帯 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 平成 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。 平成 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 印		

【添付書類等】

『治療用装具の購入』

- ① 医 証
- ② 見積書
- ③ 領収書

- ・「弾性ストッキング」等購入の場合…①は装着指示書となります。
- ・「弱視等治療用眼鏡」購入の場合…①は医師の作成指示書となり、②は必要ありません。

『組合員証不携帯・海外診療等』

- ① 診療報酬領収済明細書(様式第27号) ※英語版もあります。
- ② 領収書

※請求書については、診療報酬領収済明細書毎(医療機関、診療月、診療区分別)に作成してください。

『はりきゅう施術の受療』

- ① 医師の同意書
- ② 施術明細書
- ③ 領収書

『他保険者からの保険証の切り替えによる場合』

…組合員資格の取得前の保険証で診療された場合や、被扶養者の認定前に他の保険証で診療を受け、前保険者へ医療費の返還をした場合。

- ① 診療報酬明細書…前保険者から診療報酬明細書をもらえなかった場合、共済組合より前保険者へ請求しますので、別途「同意書」が必要となります。
「同意書」が必要な場合は共済組合までご連絡ください。
- ② 領収書(前保険者に返還したことがわかるもの)

【請求額】

「療養に要した費用」×(1-自己負担割合) ※端数は切り捨て

※ 請求書の提出は毎月5日締切→月末送金となります。