

治療用装具（コルセット等）を購入した場合

運営規則様式第8号

組合員本人は療養費に、家族は家族療養費に○をする

高額療養費

療養費・家族療養費・移送料  
一部負担金払戻金・家族療養費附加金

請求書

傷病原因にあたるものに○をつける

[ ] 内には具体的な原因を記入、具体的な原因が無い場合は「不詳」と記入する

組合員証番号						組合員氏名						請求金額		高額療養費・療養費・家族療養費				円									
1	2	3	4	5	6	福利太郎						一部負担金払戻金 家族療法費附加金						円									
療養者氏名						福利太郎						療養者の性別	男	続柄	本人	療養者の生年月日	明治 大正 昭和 平成	〇〇年××月△△日	△	日	(〇歳)						
初診年月日						昭(平)〇〇年××月△△日						傷病名	※診断書の傷病名を記入する				傷病の原因	・公務上 ・第三者行為 公務外(本人)・その他(被扶養者)				不詳					
装具を装着した日を記入						平成〇〇年××月△△日 平成 年 月 日							装着(入院・通院) 実日数 1 日					療養に要した費用					装具購入の額 49950円				
組合員証を使用しなかった理由						治療用装具購入のため						医療機関又は薬局名およびその住所				(住所) 〇〇市××				装具の装着をした医療機関の名							
																(名称)				△△病院							
																保険医療機関				保険薬局				その他			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合和歌山支部						申告者・請求者氏名欄は自筆でお願いし						住所				TEL 〇〇〇(×××) △△△△				和歌山市〇〇							
平成 〇〇年××月△△日						請求者						氏名				福利太郎 (福)印											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。																TEL 〇〇〇(×××) △△△△				△△小学校							
平成 〇〇年××月△△日						所属所名 所属所長 職氏名						校長 共済裕司				△△小学校 印											

【注意】

- ・請求書には、別紙様式による「診療報酬領収済明細書」または証拠書類を添付してください。
- ・当該証拠書類が日本語で作成されていないものであるときは、日本語の翻訳文をそえてください。
- ・傷病の原因が第三者行為または公務中（通勤途中）による場合は、必ず共済組合までご連絡ください。

組合員証を使用できなかった場合

運営規則様式第8号

組合員本人は療養費に、家族は家族療養費に○をする

高額療養費

療養費・家族療養費 移送料  
一部負担金払戻金・家族療養費附加金

請求書

傷病原因にあたるものに○をつける

[ ] 内には具体的な原因を記入、具体的な原因が無い場合は「不詳」と記入する

組合員証番号	組合員氏名	請求金額	高額療養費・療養費・家族療養費	円
1 2 3 4 5 6	福利太郎	一部負担金払戻金 家族療法費附加金		円
療養者氏名	福利二郎	療養者の性別	男・続柄 次男	療養者の生年月日
				明治 〇〇年 〇月 〇日 昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成 〇〇年 〇月 〇日 ( 20 歳)
初診年月日	昭・平 〇〇年 〇月 〇日	傷病名	※診断書の傷病名を記入する	傷病の原因
				・公務上 公務外(本人)・第三者行為 その他(被扶養者) 不詳
療養の期間	受診した日を記入 平成 〇〇年 〇月 〇日 平成 年 月 日 (入院・通院) 実日数 1 日	療養に要した費用	診療に要した費用を記入、ただし保険外	1 2 3 0 0 円
組合員証を使用しなかった理由	※組合員証を使用できなかった理由を具体的に記入する	医療機関又は薬局名およびその住所	(住所) 〇〇市 〇〇区 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号 (名称) 〇〇病院 保険医療機関 保険薬局 其他	受診した医療機関の名称を
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合和歌山	申告者・請求者氏名欄は自筆でお願いし	TEL 〇〇〇 (×××) 〇〇〇〇	住所 和歌山市〇〇	請求者 氏名 福利太郎 (福) 印
平成 〇〇年 〇月 〇日				
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。		TEL 〇〇〇 (×××) 〇〇〇〇	所属所名 所属所長 職氏名 校長 共済裕司 (裕) 印	所属所名 所属所長 職氏名 校長 共済裕司 (裕) 印
平成 〇〇年 〇月 〇日			△△小学校	△△小学校

【注意】

- ・請求書には、別紙様式による「診療報酬領収済明細書」または証拠書類を添付してください。
- ・当該証拠書類が日本語で作成されていないものであるときは、日本語の翻訳文をそえてください。
- ・傷病の原因が第三者行為または公務中（通勤途中）による場合は、必ず共済組合までご連絡ください。

マッサージ師、はり・きゅうの施術を受けた場合

運営規則様式第8号

組合員本人は療養費に、家族は家族療養費に○をする

傷病原因にあたるものに○をつける

高額療養費  
療養費 家族療養費・移送料  
一部負担金払戻金・家族療養費附加金

請求書

[ ]内には具体的な原因を記入、具体的な原因が無い場合は「不詳」と記入する

組合員証番号						組合員氏名						請求金額		高額療養費・療養費・家族療養費				円					
1	2	3	4	5	6	福利太郎						一部負担金払戻金 家族療法費附加金						円					
療養者氏名						福利太郎						療養者の性別		男		続柄		本人		療養者の生年月日		明治 〇〇年××月△△日 昭和 〇〇年××月△△日 平成 〇〇年××月△△日 ( 〇〇 歳)	
初診年月日						昭・平 〇〇年 ××月△△日						傷病名		※診断書の傷病名を記入してください				傷病の原因		公務上・第三者行為 公務外(本人)・その他(被扶養者)		不詳	
療養の期間						平成〇〇年××月△△日 平成〇〇年××月△×日 (入院・通院) 実日数 2 日						療養に要した費用		診療に要した費用を記入、ただし保険外				8570円					
組合員証を使用しなかった理由						はり、きゅう、マッサージの施術を受けたため						医療機関又は薬局およびその住所		(住所) 〇〇市×××× (名称) △△病院 保険医療機関 保険薬局 その他				同意書を発行した医療機関の名称を記入する					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合和歌山支						申告者・請求者氏名欄は自筆でお願い						住所		TEL 〇〇〇 (×××) △△△△ 和歌山市〇〇				請求者 氏名 福利太郎 (福) (印)					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。						TEL 〇〇〇 (×××) △△△△						所属所名		△△小学校				所属所長 職氏名 校長 共済裕司 (印)					

【注意】

- ・請求書には、別紙様式による「診療報酬領収済明細書」または証拠書類を添付してください。
- ・当該証拠書類が日本語で作成されていないものであるときは、日本語の翻訳文をそえてください。
- ・傷病の原因が第三者行為または公務中（通勤途中）による場合は、必ず共済組合までご連絡ください。