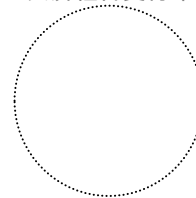
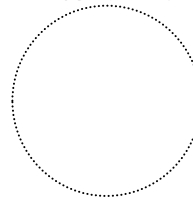


療養費・家族療養費 請求書

所属所受付印

共済組合受付印



組合員証記号番号 又は個人番号					
組合員氏名		所属機関名			
療養者	氏名	昭和・平成 令和		年	月 日
	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日 () 歳
傷病名		医療機関名 及びその住所			
初診年月日 (発病又は負傷日)		平成・令和		年 月 日	
療養期間	令和 年 月 日 から		発病・傷病 の 原因		(必ず記入してください。)
	令和 年 月 日 まで		第三者の行為または 公務によるものですか？		
療養に要した費用		円		請求金額 (注4)	円
組合員証を 使用しなかつた 理由		<input type="checkbox"/> 証不携帯・証交付前受診(注2) <input type="checkbox"/> 治療用装具・治療用眼鏡等(注3) <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> その他 ()			
上記とおり請求します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 (組合員) 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名					

〔注意事項〕

(2022.10改訂)

- 該当する□にはし印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。
- 証不携帯等で全額自己負担された場合は、診療報酬領収済明細書(別紙様式第27号)又は診療報酬明細書(写し可)及び領収書の原本を添付してください。なお、この請求書は、診療報酬明細書1枚ごとに1部作成してください。
- 治療用装具の場合は、医師の意見書及び装具の領収書(原本)を添付してください。
- 請求金額は、療養に要した費用から、年齢等の区分に応じた一部負担金額を控除した額になります。

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

決定年月日			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	日 数	シーケンス番号				
						9	9	9		
局長	課長	課長補佐	係長	係	決定額	(家族)療養の給付				円
						高額療養費				円
						附加給付等				円
						合計				円