所属所受付印　　共済組合受付印

療養費・家族療養費 請求書

組合員証記号番号 又は個人番号	○○○－１２３４５６

組合員氏名		共済　太郎	所属機関名	○○市
療養者	氏名	共済　花子	※資格取得・認定年月日	昭和・平成 令和　年　月　日
	生年月日	昭和・平成 令和　年 ○○　月 ○○　日 ○○　（ ○○ ）歳	組合員との続柄	子　※コード（　）
傷病名		△△△△△症	医療機関名及びその住所	○○○○○医院
初診年月日（発病又は負傷日）		平成・令和　年　月　日	発病・傷病の原因	（必ず記入してください。） 例）自宅の階段で滑落した際に、膝を強打した。
		令和　年　月　から		
		まで	第三者の行為または公務によるものですか？	□はい ☑いいえ
			請求金額 (注4)	円
組合員証を使用しなかった理由		□証不携帯・証交付前受診(注2)　□治療用装具・治療用眼鏡等(注3)　ゆう □その他（		

「初診年月日」「療養期間」「療養に要した費用」について、おわかりになる範囲でご記入ください。よくわからない場合は、空欄でも構いません。

必ずどちらかにレ印をご記入ください。
第三者の行為または公務によるものである場合には、詳しい状況をお尋ねします。

当てはまる理由にレ印をご記入ください。

上記とおり請求します。
岡山県市町村職員共済組合理
請求者（組合員）　住所
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。
令和

この欄は所属所担当課で記入します

氏名

〔注意事項〕　(2022.10改訂)

1　該当する□にはレ印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。
2　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。
3　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。
4　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	□本人 □家族	□入院 □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