

治療用装具を購入した場合は、添付書類「医師の意見書」にある医師が装具の装着を認めた日を記入して下さい。

交通事故などの第三者性のあるものかどうか判断をするため、今回請求をする病気・ケガの原因を記入して下さい。
先天性のものなど分からない場合は「不詳」と記入して下さい。

療養費請求書		決定額		※ 1日 円 日分		係	
家族療養費		※		円			
組合員氏名	共済 太郎	組合員証 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇	所属機関名	〇〇市役所		
療養者氏名	共済 太郎	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生 令和	性別	男・女		
傷病名	右膝前十字靭帯損傷	入院・外来 の別	入院 外来	傷病の原因	スポーツ中による受傷		
初診年月日	平・令 元年 4月 3日	医療機関又は 薬局名及びその住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇〇病院		保険医療機関 保険薬局 その他		
療養期間	平・令 元年 4月 3日から	療養に 要した費用	115,300 円	請求金額	80,710 円		
	平・令 年 月 日まで	家族療養費 附加金	円	一部負担金 払戻金	9,500 円		
組合員証の使用しなかった理由	業者に装具製作を依頼したため						
上記のとおり請求します。							
愛知県市町村職員共済組合理事長 様							
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
住所 〇〇市〇〇町〇〇							
請求者 氏名 共済 太郎 (印)							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
職名 〇〇市長							
所属所長 氏名 〇〇 〇〇 (印)							

「療養に要した費用」に記入した金額の7割（小学校就学前は8割）の金額を記入して下さい。
※円未満切捨

自己負担額が附加金の基準額を超える場合のみ記入して下さい。
※100円未満切捨

- 1 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。