

治療用装具を購入した場合

※ 請求書は装具ごとに1枚ずつ作成してください。

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・ケガの原因を詳細に記入してください。内容に疑義がある場合は、共済組合から照会をすることがあります。

先天性のものなど分からない場合は「不詳」と記入してください。

※公務上・通勤上のケガによる療養費は、共済組合へ請求できません。地方公務員災害補償基金へ手続きをお願いします。

療養費請求書 家族療養費

組合員氏名	共済 太郎		記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	所属機関名	〇〇市役所	
療養者氏名	共済 花子		生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日生	続柄	二女
傷病名	右膝前十字靭帯損傷		傷病の原因	スポーツ中による受傷		診療区分	入院 外来 調剤
初診年月日	令和 〇年 4月 3日		医療機関又は薬局	名称	〇〇病院		<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他
				住所	〇〇市〇〇町〇〇〇〇		
療養期間	令和 〇年 4月 3日から		療養に要した費用	115,300 円		請求金額	80,710 円
	令和 〇年 〇月 〇日まで		一部負担金払戻金 家族療養費附加金	9,500 円		高額療養費	
マイナ保険証等を使用しなかった理由			(具体的に詳しく記入してください。)				
			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							
治療用眼鏡等は、上限額が設けられています。購入額が上限額を超えている場合は、上限額を記入してください。			請求者	住所	〇〇市〇〇町〇〇		
				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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日							
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ください。 ※100円未満切捨て			署長	職名	〇〇市長		
				氏名	〇〇 〇〇		

- 傷病の原因は、第三者行為、公務災害、通勤災害等によるものでないかを確認できるよう、詳しく記入してください。
- ※印欄は記入しないでください。