

決 定 額	療 養 費	※	円
	一部負担金払戻金	※	円
	家族療養費	※	円
	家族療養費附加金	※	円

療養費・家族療養費 請 求 書

組 合 員 証 記 号 番 号	—	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名	
療 養 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	性 別 () 続 柄 ()	
傷 病 名		傷 病 原 因			
初 診 年 月 日	平 成 年 月 日	医 療 機 関 名 薬 局 名	保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 ・ そ の 他		
		住 所			
療 養 入 院 期 間 外 来	平 成 年 月 日 から 平 成 年 月 日 まで	療 養 に 要 し た 費 用	円	請 求 金 額	※ 記 入 し な く て も OK 円
	平 成 年 月 日 から 平 成 年 月 日 まで				
	平 成 年 月 日 から 平 成 年 月 日 まで				
組 合 員 証 を 使 用 し な か っ た 理 由		※ 組 合 員 証 を 使 用 し な か っ た 場 合 は、そ の 理 由 を 具 体 的 に。 治 療 用 装 具 購 入 の 場 合 は「治 療 用 装 具 購 入 の た め」と 記 入。			
上 記 の と お り 請 求 し ま す。 山 梨 県 市 町 村 職 員 共 済 組 合 理 事 長 殿 平 成 年 月 日 <div style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名 印</div>					
上 記 の 記 載 事 項 は、事 実 と 相 違 い な い も の と 認 め ま す。 平 成 年 月 日 <div style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名 印</div>					

- ① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。
- ② 療養者の氏名・生年月日・性別・組合員との続柄を記入してください。
- ③ 傷病名・傷病原因について詳しく記入してください。（例：休日、自宅の階段から転落して骨折した。等）
- ④ 原因となった傷病について、初めて医療機関等に受診した日を記入してください。
- ⑤ 入院又は外来の診療日（期間）を必ず記入し、療養に要した費用を記入してください。
- ⑥ 理由（例：旅行中に急病になり組合員証を所持していなかったため。等）を記入してください。
- ⑦ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入し押印してください。
- ⑧ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

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. 領収書及び医師の証明書又は診療報酬明細書（レセプト）を添付してください。
3. 治療用装具等の購入の場合は、装具装着証明書及び領収書（装着した装具の明細が記入されているもの）を添付してください。
4. ※印欄は記入しないでください。