

決	療 養 費	※	円
定	一部負担金払戻金	※	円
額	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		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。	
療養者氏名		生年月日	年 月 日	性別（ 続柄（	）		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。
傷病名		傷病原因				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）	
初診年月日	年 月 日	医療機関名 薬局名		保険医療機関 保険薬局・その他			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。
療養入院 期間	年 月 日から 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	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。	
外来	年 月 日から 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。				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。	
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 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印							⑦ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印							

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。