

療養費・家族療養費・高額療養費 請求書

組 合 員 等	記 号	番 号	所属機関名（市・町・村・一部事務組合等）		
			名 称		
組合員氏名			所在地		
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	資 格 取 得 日	昭和 平成 令和	年 月 日
療 養 者	氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	続 柄		※組合記入 被 扶 養 者 認 定 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
請求事由・マイナ保険証等を使用しなかった理由（該当欄に○・理由等記入）					
	請 求 事 由 等				給種コード
	装 具				3
	輸 血				4
	マイナ保険証等不使用（理由： ※請求には、医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書、証拠書類（領収書原本等） を添付してください。）				5
	鍼 ・ 灸 ・ マッサージ				8
	その他（ ）				19
傷 病 名			初 診 日	平成 令和	年 月 日
傷病の原因 (具体的内容)	第三者加害行為(該当 ・ 不該当)		初 診 に 係 る 医 療 機 関 ・ 薬 局 等		
療 養 期 間	令和 年 月 日 から		名 称		
	令和 年 月 日 まで		所在地		
領 収 書 日 付	令和 年 月 日		区 分	保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他	
療 養 に 要 した 費 用	円		療養区分	入院 ・ 入院外	
療 養 に 要 した 費 用	円		請 求 金 額	円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">請 求 者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
	令和 年 月 日				
	職名				
	所属機関の長				
	氏名				

備考 自己負担額が高額の場合は、高額療養費、一部負担金払戻金（家族療養費附加金）が支給となる場合があります。