

療養費・家族療養費・高額療養費 請求書

組合員証	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				男 ・ 女	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				男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	続柄			※組合員証記入	被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
請求事由・組合員証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
		組合員証不携帯（理由： ）						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	令和 年 月 日まで	名称 ・ 所在地	
領収書日付	令和 年 月 日	療養区分	保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他					
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: right;">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 1 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。
- 2 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。