

事務局長	次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者	決定金額	円	
									高 額	円
									附加金	円
								処理欄	年 月 / 旬	

療 養 費 移 送 費 高 額 療 養 費 請 求 書
家 族 療 養 費 家 族 移 送 費

組合員 記号・番号	—	組合員 氏名		所属所名	
療養者 氏名	(続柄)			生年月日	年 月 日 (歳)
傷病名		傷病の 原因	場所	<input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為 <input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為以外 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 学校管理下でのケガ <input type="checkbox"/> その他 (原因)	
初診 年月日	年 月 日				
医療機関 又は薬局	住所			名称	
療養に 要した 費用	円	請求金額	療養費・家族療養費 移送費・家族移送費	高額療養費	備考
			円	円	

請求の理由 (いずれかの□に✓を付し、必要事項(療養情報)を記入してください)

理 由		療 養 情 報				
<input type="checkbox"/>	治療用装具・ 弾性着衣等の 購入	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	装着の必要を認めた年月日 / 装着指示年月日(弾性着衣)	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 外来	装具装着証明の年月日 / 購入年月日(弾性着衣)	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	治療用眼鏡・ コンタクトレンズ の購入	作成指示日	年 月 日	購入年月日	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	証等不携帯	診療区分	<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整			
		診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
<input type="checkbox"/>	鍼灸マッサージ の施術	初療年月日	年 月 日	同意年月日	年 月 日	
		施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
<input type="checkbox"/>	移送	移送区間				
		移送方法		移送承認日 (医師証明日)	年 月 日	
		移送期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
<input type="checkbox"/>	その他	療養区分	<input type="checkbox"/> 移植運搬/骨髄運搬 <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			

上記のとおり請求します。

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

住所

請求者

氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

年 月 日

職名

所属所長

氏名

共済組合受付印

※裏面をよく読んでご記入ください。

(R6.12)

注 意 事 項

1. 傷病名、傷病の原因は、必ず記入してください。
 2. 療養費・家族療養費請求時の請求金額欄は次の算式により記入してください。
 請求金額 = 療養に要した費用 × 0.7 (療養者が未就学の場合は0.8)
 (70歳以上で一般区分の場合は0.8)
- 【計算例】
- 50,297 円 × 0.7 = 35,207.9 円 ≒ 35,207 円 (円未満切捨て)
- (療養に要した費用) (請求金額)
3. 治療用装具等の支給基準について、上限額及び支給回数等が設定されている場合があります。
 4. 治療用眼鏡・コンタクトレンズについては、9歳未満の弱視、白内障(先天性)、斜視により医師が治療上必要であると認めた場合のみ請求可能となります。
 5. 各種の請求時には、各種資料を必ず添付してください。

〈添付資料例〉

種別	添付資料
治療用装具	医師の同意書(意見書)及び装着証明書(原本) 領収書(明細書)(原本)
治療用装具 (弾性着衣等)	弾性着衣等装着指示書(原本) 領収書(明細書)(原本)
治療用眼鏡 ・コンタクトレンズ	治療用眼鏡等作成指示書、診断書、医師の装着証明書等 領収書(明細書)(原本) ※「治療用眼鏡」と明記された領収書が必要となります。
鍼灸マッサージ	施術料金領収書(原本) 療養費支給申請書(原本) 同意書(再同意の場合) 施術報告書(再同意の場合)
証等不携帯	診療報酬明細書(レセプト)(原本)(封緘されたもの) 領収書(原本)
移送	医師の証明書(意見書)(原本) 移送に要した費用の証明書(領収書)(原本) ※移送経路の内訳が必要です。
移植運搬・ 骨髄運搬等	医師の証明書(意見書)(原本) 運搬に要した費用の証明書(領収書)(原本) ※運搬経路の内訳が必要です。

※ 請求内容により上記以外に追加で添付資料が必要な場合があります。

6. 海外で診療を受けた場合は、共済組合まで事前にご連絡ください。
 なお、請求の際、翻訳文の提出が必要となります。

事務局長	次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者	決定金額	円
治療用装具の場合（組合員）								高 額	円
								附加金	円
								処理欄	年 月 / 旬

療 養 費 移 送 費 高 額 療 養 費 請 求 書
家 族 療 養 費 家 族 移 送 費

組合員 記号・番号	9999 - 99999	組合員 氏名	〇〇 〇〇	所属所名	〇〇〇〇市
療養者 氏名	〇〇 〇〇 (続柄 本人)			生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳)
傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇		場所	〇〇〇〇〇〇〇	
初診 年月日	令和 X 年 XX 月 XX 日		傷病の 原因	<input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為以外 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 学校管理下でのケガ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (原因 〇〇〇〇〇〇〇〇)	
医療機関 又は薬局	住所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇		名称	〇〇〇〇〇病院
療養に 要した 費用	10,000 円	請求金額	療養費・家族療養費 移送費・家族移送費	高額療養費	備考
			7,000 円	円	

組合員証を利用しなかった理由(いずれかの□に✓を付し、必要事項(療養情報)を記入してください)

理 由	療 養 情 報				
<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具・ 弾性着衣等の 購入	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	装着の必要を認めた年月日 / 装着指示年月日(弾性着衣)		令和 XX 年 XX 月 XX 日
		<input checked="" type="checkbox"/> 外来	装具装着証明の年月日 / 購入年月日(弾性着衣)		令和 XX 年 XX 月 XX 日
<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡・ コンタクトレンズ の購入	作成指示日	年 月 日	購入年月日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 証等不携帯	診療区分	<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整			
	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
<input type="checkbox"/> 鍼灸マッサージ の施術	初療年月日	年 月 日	同意年月日	年 月 日	年 月 日
	施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
<input type="checkbox"/> 移送	移送区分				
	移送方法		移送承認日 (医師証明日)	年 月 日	
	移送期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
<input type="checkbox"/> その他	療養区分	<input type="checkbox"/> 移植運搬/骨髄運搬 <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			

上記のとおり請求します。

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 X 年 X 月 X 日

住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇

請求者
氏名 〇〇 〇〇

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 X 年 X 月 X 日

職名 〇〇〇〇市長

所属所長
氏名 □□ □□

共済組合受付印

事務局長	次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者	決定金額	円
治療用眼鏡の場合 (家族)								高 額	円
								附加金	円
								処理欄	年 月 / 旬

療 養 費 移 送 費 高 額 療 養 費 請 求 書
家 族 療 養 費 家 族 移 送 費

組 合 員 記 号・番 号	9999 - 99999	組 合 員 氏 名	〇〇 〇〇	所 属 所 名	〇〇〇〇市
療 養 者 氏 名	〇〇 △△ (続柄 長男)		生 年 月 日	令和 X 年 XX 月 XX 日 (X 歳)	
傷 病 名	弱視・斜視		場 所		
初 診 年 月 日	令和 X 年 XX 月 XX 日		傷 病 の 原 因	<input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為以外 <input checked="" type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 学校管理下でのケガ <input type="checkbox"/> その他 (原因 眼鏡作成指示書発行の医療機関)	
医 療 機 関 又 は 薬 局	住 所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇		名 称	〇〇眼科
療 養 に 要 し た 費 用	45,000 円	請 求 金 額	療 養 費 ・ 家 族 療 養 費 移 送 費 ・ 家 族 移 送 費	高 額 療 養 費	備 考
	(40,492)		32,393 円	円	

組合員証を利用しなかった理由(いずれかの□に✓を付し、必要事項(療養情報)を記入してください)

理 由		療 養 情 報			
□	治療用装具・弾性着衣等の購入	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	装着の必要を認めた年月日 / 装着指示年月日(弾性着衣)	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 外来	装具装着証明の年月日 / 購入年月日(弾性着衣)	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/>	治療用眼鏡・コンタクトレンズの購入	作成指示日	令和 X 年 X 月 X 日	購入年月日	令和 X 年 X 月 X 日
□	証等不携帯	診療区分	<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整		
		診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
□	鍼灸マッサージの施術	初療年月日	年 月 日	同意年月日	年 月 日
		施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
□	移送	移送区分			
		移送方法		移送承認日(医師証明日)	年 月 日
		移送期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
□	その他	療養区分	<input type="checkbox"/> 移植運搬/骨髄運搬 <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		

上記のとおり請求します。

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 X 年 X 月 X 日

住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇

請求者

氏名 〇〇 〇〇

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 X 年 X 月 X 日

職名 〇〇〇〇市長

所属所長

氏名 □□ □□

共済組合受付印

※裏面をよく読んでご記入ください。

(R6.12)

事務局長	次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者	決定金額	円
証等不携帯の場合 (家族)								高 額	円
								附加金	円
								処理欄	年 月 / 旬

療 養 費 移 送 費 高 額 療 養 費 請 求 書
家 族 療 養 費 家 族 移 送 費

組合員 記号・番号	9999 - 99999	組合員 氏名	〇〇 〇〇	所属所名	〇〇〇〇市
療養者 氏名	〇〇 △△	(続柄 次女)	生年月日	平成 XX 年 X 月 XX 日 (XX 歳)	
傷病名	気管支炎・発熱	傷病の 原因	場所		
			<input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為以外		
初診 年月日	令和 X 年 XX 月 XX 日		<input checked="" type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 学校管理下でのケガ		
			<input type="checkbox"/> その他 (原因)		
医療機関 又は薬局	住所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇	名称	〇〇〇〇〇医院	
療養に 要した 費用	9,370 円	請求金額	療養費・家族療養費 移送費・家族移送費	高額療養費	備考
			6,559 円	円	

組合員証を利用しなかった理由(いずれかのを付し、必要事項(療養情報)を記入してください)

理 由		療 養 情 報			
<input type="checkbox"/>	治療用装具・弾性着衣等の購入	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	装着の必要を認めた年月日 / 装着指示年月日(弾性着衣)	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 外来	装具装着証明の年月日 / 購入年月日(弾性着衣)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	治療用眼鏡・コンタクトレンズの購入	作成指示日	年 月 日	購入年月日	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/>	証等不携帯	診療区分	<input type="checkbox"/> 医科入院 <input checked="" type="checkbox"/> 医科外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整		
		診療期間	令和 X 年 X 月 X 日 ~ 令和 X 年 X 月 X 日 (X 日間)		
<input type="checkbox"/>	鍼灸マッサージの施術	初療年月日	年 月 日	同意年月日	年 月 日
		施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
<input type="checkbox"/>	移送	移送区分			
		移送方法		移送承認日 (医師証明日)	年 月 日
		移送期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
<input type="checkbox"/>	その他	療養区分	<input type="checkbox"/> 移植運搬/骨髄運搬 <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		

上記のとおり請求します。

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 X 年 X 月 X 日

住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇

請求者
氏名 〇〇 〇〇

上記の記載事項に誤りが無いことを確認しました。

令和 X 年 X 月 X 日

職名 〇〇〇〇市長

所属所長
氏名 〇〇 〇〇

共済組合受付印

事務局長	次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者	決定金額	円
鍼灸マッサージの場合 (家族)								高 額	円
								附 加 金	円
								処理欄	年 月 / 旬

療 養 費 移 送 費 高 額 療 養 費 請 求 書
家 族 療 養 費 家 族 移 送 費

組 合 員 記 号・番 号	9999 - 99999	組 合 員 氏 名	〇〇 〇〇	所 属 所 名	〇〇〇〇市
療 養 者 氏 名	〇〇 △△ (続柄 母)		生 年 月 日	昭和 XX 年 X 月 XX 日 (XX 歳)	
傷 病 名	〇〇〇〇〇〇〇〇	傷 病 の 原 因	場 所	<input type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 公務災害・第三者行為以外 <input checked="" type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 学校管理下でのケガ <input type="checkbox"/> その他 (原因)	
初 診 年 月 日	令和 X 年 XX 月 XX 日				
医 療 機 関 又 は 薬 局	住 所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇		名 称	〇〇〇〇〇鍼灸接骨院
療 養 に 要 し た 費 用	16,100 円	請 求 金 額	療 養 費 ・ 家 族 療 養 費 移 送 費 ・ 家 族 移 送 費	高 額 療 養 費	備 考
			11,270 円	円	

組合員証を利用しなかった理由(いずれかの□に✓を付し、必要事項(療養情報)を記入してください)

理 由		療 養 情 報				
□	治療用装具・弾性着衣等の購入	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	装着の必要を認めた年月日 / 装着指示年月日(弾性着衣)	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 外来	装具装着証明の年月日 / 購入年月日(弾性着衣)	年 月 日	
□	治療用眼鏡・コンタクトレンズの購入	作成指示日	年 月 日	購入年月日	年 月 日	
□	証等不携帯	診療区分	<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整			
		診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
✓	鍼灸マッサージの施術	初療年月日	令和 X 年 X 月 X 日	同意年月日	令和 X 年 X 月 X 日	
		施術期間	令和 X 年 X 月 X 日 ~ 令和 X 年 X 月 XX 日 (XX 日間)			
□	移送	移送区分				
		移送方法		移送承認日(医師証明日)	年 月 日	
		移送期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
□	その他	療養区分	<input type="checkbox"/> 移植運搬/骨髄運搬 <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			

上記のとおり請求します。

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 X 年 X 月 X 日

住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇

請求者

氏名 〇〇 〇〇

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 X 年 X 月 X 日

職名 〇〇〇〇市長

所属所長

氏名 □□ □□

共済組合受付印