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
家族療養費　　家族移送費　　請求書

組合員証記号番号	―	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		
			□公務災害・第三者行為　□公務災害・第三者行為以外		
初　診年月日	年　月　日		□一般疾病　□自損事故　□学校管理下でのケガ □その他　（原因　　）		
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	

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	□　入院 □　外来	装着の必要を認めた年月日／装着指示年月日(弾性着衣) 装具装着証明の年月日／購入年月日(弾性着衣)	年　月　日 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
□	証不携帯(証交付前受診／証不所持)	診療区分	□　医科入院　□　医科外来　□　歯科　□　調剤　□　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）		
□	その他	療養区分	□　移植運搬/骨髄運搬　□　海外療養　□　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。

(R5.4)

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)
証不携帯	診療報酬明細書(レセプト)(原本)(封鍼されたもの) 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

治療用装具の場合（組合員）

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
家族療養費　家族移送費　請求書

組合員証記号番号	9999 — 99999	組合員氏名	○○　○○	所属所名	○○○○市
療養者氏名	○○　○○　（続柄　本人　）	生年月日	昭和　XX 年 XX 月 XX 日（ XX 歳）		
傷病名	○○○○○○○○	傷病の原因	場所 ○○○○○○○○		
初診年月日	令和　X 年 XX 月 XX 日		☐公務災害・第三者行為　☑公務災害・第三者行為以外 ☐一般疾病　☐自損事故　☐学校管理下でのケガ ☑その他（原因　○○○○○○○○　）		
医療機関又は薬局	住所	和歌山県○○○○市○○○○○	名称	○○○○○病院	

療養に要した費用	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
10,000 円		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			
☑	治療用装具・弾性着衣等の購入	診療区分	☐ 入院 ☑ 外来	装着の必要を認めた年月日／装着指示年月日（弾性着衣） 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 令和　XX 年 XX 月 XX 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
☐	証不携帯（証交付前受診／証不所持）	診療区分	☐ 医科入院　☐ 医科外来　☐ 歯科　☐ 調剤　☐ 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）		
☐	その他	療養区分	☐ 移植運搬/骨髄運搬　☐ 海外療養　☐ 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○○○○市○○○○○

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。

令和　X 年　X 月　X 日

職名　○○○○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。

(R5.4)

事務局長	次　長	課　長	課長補佐	主　幹	主　査	主　任	担当者

治療用眼鏡の場合（家族）

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
家族療養費　　家族移送費

請　求　書

組合員証記号番号	9999 — 99999	組合員氏名	○○　○○	所属所名	○○○○市
療養者氏名	○○　△△　（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	傷病の原因	場所		
初診年月日	令和　X　年　XX　月　XX　日		☐ 公務災害・第三者行為　☑ 公務災害・第三者行為以外 ☑ 一般疾病　☐ 自損事故　☐ 学校管理下でのケガ ☐ その他　（原因　　）		
医療機関又は薬局	住所	和歌山県○○○○市○○○○○	名称	○○眼科	

眼鏡作成指示書発行の医療機関

療養に要した費用	40,000 (38,902) 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
			31,121 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	☐ 入院 ☐ 外来	装着の必要を認めた年月日／装着指示年月日（弾性着衣） 装具装着証明の年月日／購入年月日（弾性着衣）	年　月　日 年　月　日
☑	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
☐	証不携帯（証交付前受診／証不所持）	診療区分	☐ 医科入院　☐ 医科外来　☐ 歯科　☐ 調剤　☐ 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）		
☐	その他	療養区分	☐ 移植運搬/骨髄運搬　☐ 海外療養　☐ 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○○○○市○○○○○

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。

令和　X　年　X　月　X　日

職名　○○○○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。

(R5.4)

事務局長	次　長	課　長	課長補佐	主　幹	主　査	主　任	担当者

証不携帯の場合（家族）

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
家族療養費　家族移送費　請求書

組合員証記号番号	9999 — 99999	組合員氏名	○○　○○	所属所名	○○○○市
療養者氏名	○○　△△　（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		
初診年月日	令和　X 年 XX 月 XX 日		☐公務災害・第三者行為　☑公務災害・第三者行為以外 ☑一般疾病　☐自損事故　☐学校管理下でのケガ ☐その他　（原因　）		
医療機関又は薬局	住所	和歌山県○○○○市○○○○○	名称	○○○○○医院	

療養に要した費用	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
9,370 円		6,559 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	☐入院 ☐外来	装着の必要を認めた年月日／装着指示年月日（弾性着衣） 装具装着証明の年月日／購入年月日（弾性着衣）	年　月　日 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
☑	証不携帯（証交付前受診／証不所持）	診療区分	☐医科入院　☑医科外来　☐歯科　☐調剤　☐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）		
☐	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）		
☐	その他	療養区分	☐移植運搬/骨髄運搬　☐海外療養　☐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

請求者　住所　和歌山県○○○○市○○○○○

氏名　○○　○○

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

所属所長　職名　○○○○市長

氏名　□□　□□

共済組合受付印

※裏面をよく読んでご記入ください。

(R5.4)

事務局長	次　長	課　長	課長補佐	主　幹	主　査	主　任	担当者

鍼灸マッサージの場合（家族）

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
家族療養費　家族移送費　請求書

組合員証記号番号	9999 — 99999	組合員氏名	○○　○○	所属所名	○○○○市
療養者氏名	○○　△△　（続柄　母　）	生年月日	昭和　XX 年　X 月　XX 日（ XX 歳）		
傷病名	○○○○○○○○	傷病の原因	場所		
初診年月日	令和　X 年 XX 月 XX 日		☐公務災害・第三者行為　☑公務災害・第三者行為以外 ☑一般疾病　☐自損事故　☐学校管理下でのケガ ☐その他　（原因　）		
医療機関又は薬局	住所	和歌山県○○○○市○○○○○	名称	○○○○○鍼灸接骨院	

療養に要した費用	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
16,100 円		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	☐入院 ☐外来	装着の必要を認めた年月日／装着指示年月日（弾性着衣） 装具装着証明の年月日／購入年月日（弾性着衣）	年　月　日 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
☐	証不携帯（証交付前受診／証不所持）	診療区分	☐医科入院　☐医科外来　☐歯科　☐調剤　☐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）		
☐	その他	療養区分	☐移植運搬/骨髄運搬　☐海外療養　☐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○○○○市○○○○○

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。

令和　X 年　X 月　X 日

職名　○○○○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。

(R5.4)