

## 療養費等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員 記号・番号	記号 番号	所 属	電 話		
	療 養 者 の 氏 名	組合員(本人) ・ 組合員被扶養者(家族)		発 病 又 は 負 傷 し た 日	平成 ・ 令和 年 月 日	
	傷 病 名 等	傷 病 名				
		傷 病 の 原 因				
		交通事故・食中毒等、第三者による行為が原因となった傷病ですか				はい・いいえ
		業務上（通勤途上含む）の負傷・疾病が原因となった傷病ですか				はい・いいえ
	診療を受けた 医療機関等	(名称)	(所在地)			
	診療等の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日 間	診療等に 要した 費用の額	円	
	請求理由	次のいずれかに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の購入のため <input type="checkbox"/> 組合員（被扶養者）の資格確認ができなかったため <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 神戸市職員共済組合理事長 宛 住所 ..... 組合員(請求者)の 氏名 ..... [自宅・携帯] 電話（ ） -					

## 《提出にあたっての注意事項》

- 裏面に記載している添付書類を添えて提出してください。
- 公務上（通勤途上を含みます。）の負傷・疾病については、共済組合（短期給付）の給付対象にはなりません。
- 交通事故・食中毒等、第三者による行為が原因となる傷病について医療機関等で保険診療を受けるときは、共済組合に「損害賠償申告書」を提出してください。
- 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」（様式 3-11）の手続きもおこなってください。組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」（様式 3-17）をあわせて提出してください。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄					
	<input type="checkbox"/> 共済負担 8 割(未就学児/高齢一般) <input type="checkbox"/> 附加給付/高額療養費あり【区分：    】		次長	係長	係	係
	下記のとおり決定する。 令和 年 月 日					
	支給額 円					
内 訳	法定給付	× =				
	附加給付	(入院食事 )				
	高額療養費					
シーケンス番号:						

## 《添付書類》

医療機関等を受診した際、組合員（被扶養者）の資格確認ができず、医療費を全額自己負担した場合	<p>&lt;国内で受診した場合&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>① 医療機関等の領収書（原本）</li><li>② 医療機関等発行の診療報酬明細書（レセプト） ※ 傷病名のない医療費の明細書では受付できません。 ※ ②の発行ができない場合は、ホームページの当組合様式を医療機関に提出し、証明を受けてください。</li></ol> <hr/> <p>&lt;海外で受診した場合&gt; … 海外療養費</p> <ol style="list-style-type: none"><li>① 医療機関等の領収書</li><li>② 渡航の事実が確認できるもの（写）</li><li>③ 診療内容明細書 ・医療機関を受診したとき（様式A） ・歯科を受診したとき（様式C）</li><li>④ 領収明細書（様式B）</li><li>⑤ 調査に関わる同意書（別紙）</li></ol> <p>※ ③～⑤の海外療養費各種様式については、共済組合にお問い合わせください。 ※ ③・④については、様式裏面に翻訳者の住所氏名を記入した翻訳文が必要です。</p>
コルセット等の治療用装具を装着した場合	<ol style="list-style-type: none"><li>① 購入に要した費用の領収書（原本）</li><li>② 医師の治療用装具製作指示装着証明書（原本） ※ 装具の明細書があれば添付してください</li><li>③ 靴型装具の場合のみ、当該装具の写真 （療養者が実際に装着する現物であると確認できるもの）</li></ol>
小児の弱視用の眼鏡等を作成・購入した場合	<ol style="list-style-type: none"><li>① 治療用眼鏡等を作成・購入した際の領収書（原本）</li><li>② 医師の治療用眼鏡等の作成指示書の写し及び検査結果</li></ol>
四肢のリンパ浮腫治療のために使用される弾性着衣等を購入した場合	<ol style="list-style-type: none"><li>① 購入に要した費用の領収書（原本） ※ 明細書があれば添付してください</li><li>② 医師の弾性着衣等の装着指示書（原本） （装着部位、手術日等が明記されているもの）</li></ol>
はり・きゅう、マッサージの施術を受けた際に、受領委任の手続きができなかった場合	<ol style="list-style-type: none"><li>① 施術機関等の領収書（原本）</li><li>② 施術等の内容が分かる書類（療養費支給申請書など）</li><li>③ 医師の発行した同意書・診断書</li></ol>
市町村による福祉医療(医療費公費負担)制度の受給者(受給資格を喪失したが共済組合に届け出ていなかった方を含みます。)で、同一月・同一医療機関等における自己負担額が26,000円(上位所得者及びその被扶養者については51,000円)以上の場合	医療機関等の領収書（原本）