

## 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	組合員証の 記号・番号	記号 番号	所 属	電 話			
	療 養 者 の 氏 名	昭和・平成・令和 年 月 日生 (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		
	診療を受けた 医療機関等の 名称・所在地	(名称)		(所在地)			
		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日 間	診療等に 要 した 費 用 の 額	円		
	組合員証を使用 しなかった理由	次のいずれかに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 治療用器具等の購入のため <input type="checkbox"/> 組合員証(組合員被扶養者証)を所持していなかったため <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	振 込 口 座	金 融 機 関 名		種 別	口 座 番 号 (右づめ)		
		銀行・農協 金庫・組合		普 通 普通以外のときは下記 に記入してください ( )			
フリガナ							
名 義							
※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字3文字)・預金種目(普通又は貯蓄)・口座番号(数字7けた)を記入してください。 ※ 下記組合員の氏名と上記の名義が異なるときは、裏面の委任状が必要です。							
上記のとおり請求します。 神戸市職員共済組合理事長 宛				令 和 年 月 日	組合員の所属の 事務担当者 (保険事務取扱者) の 印		
住所 組合員(請求者)の 氏 名		[自宅・携帯] 電話 ( ) -		この内容を他に知られたくないときは、上欄の押印を省略できます。			
※ 組合員・請求者が自ら署名する場合には、押印は不要です。(組合員・請求者以外の方の押印は省略できません。)							

## 《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。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄			
	伺	事務局次長	医療給付係長	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( )	-	=	

## 《添付書類》

やむを得ず組合員証（組合員被扶養者証）を提示して受診できなかった場合	① 医療機関等の領収書（原本） ② 診療等の内容が分かる書類（傷病名等が記載された診療報酬領収済明細書など） ③ 海外で受診した場合 ア 診療報酬領収済明細書の翻訳文（翻訳者の住所・氏名を記載） イ 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し ウ 共済組合が、海外療養の内容について当該海外療養を担当したものに照会することに関する、当該海外療養を受けた者の同意書（別紙様式）
コルセット等の治療用装具を装着した場合	① 購入に要した費用の領収書（原本） ※ 明細書があれば添付すること ② 装具が療養上必要である旨の医師の意見書及び装具装着証明書（原本） ③ 靴型装具を装着した場合は当該装具の写真（療養者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）
小児の弱視用の眼鏡等を作成・購入した場合	① 治療用眼鏡等を作成・購入した際の領収書（原本） ② 治療用眼鏡等の作成指示書等の写し・患者の検査結果
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	① 購入に要した費用の領収書（原本） ※ 明細書があれば添付すること ② 弾性着衣等の装着指示書（装着部位、手術日等が明記されていること）
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	① 施術機関等の領収書（原本） ② 施術等の内容が分かる書類（療養費支給申請書など） ③ 医師の発行した同意書・診断書
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）

令和 年 月 日

## 委 任 状

私は \_\_\_\_\_ を代理人として定め、次の権限を委任する。

表記請求の療養費及び一部負担金払戻金、高額療養費又は家族療養費及び家族療養費附加金の受領に関すること

組合員の氏名 \_\_\_\_\_

印

住所 \_\_\_\_\_

代理人の

氏名 \_\_\_\_\_

印

※ 上記の委任状は、組合員と受領者が異なるときに記入してください。（委任状の押印は省略できません。）