

【組合員（被扶養者）の資格確認ができず10割負担した場合】

※ 診療報酬明細書（レセプト）ごとに作成してください。

（調剤薬局のみは調剤報酬明細書ごと）

療養費・一部負担金払戻金・高額療養費 家族療養費・家族療養費附加金	様式 2-1
--------------------------------------	--------

療養費等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員	組合員 記号・番号	記号 1 番号 123456	所属	〇〇局〇〇課 電話 〇〇〇-〇〇〇〇	
	療養者の 氏名	共済 花子	組合員(本人)	発病又は 負傷した日	平成 〇年〇月〇日 令和
	傷病名	かぜ	組合員被扶養者(家族)	昭和平成 令和〇年〇月〇日生	
	傷病の原因	不明			
者が 記入 する	診療を受けた 医療機関等	健康クリニック	(所在地)	大阪市北区梅田〇丁目〇-〇	
	診療等の期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	診療等に 要した 費用の額	2日間	7,600 円
請求理由 次のいずれかに☑を入れてください。					
<input type="checkbox"/> による行為が原因となった傷病ですか はい・いいえ <input type="checkbox"/> 疾病が原因となった傷病ですか はい・いいえ					
受診した医療機関・調剤薬局を記入してください。 複数ある場合は、医療機関ごとに請求書を作成してください。					
受診した期間・日数を記入してください。 複数月受診している場合は、月ごとに請求書を作成してください。					
領収書の金額を記入してください。 複数枚ある場合は、合算してください。					
神戸市職員共済組合理事長 宛 住所 神戸市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇 組合員(請求者)の 氏名 共済 花子 [自宅・携帯] 電話 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇					

《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。

作成の例

療養費等請求書は、診療報酬明細書（調剤薬局のみの場合は調剤報酬明細書）ごとに1枚作成してください。

調剤薬局でも同様に10割負担されている場合は、医療機関と調剤薬局を合算して作成してください。

[例]

組合員Aさんが、4月にB病院を外来で受診し調剤薬局で薬の処方を受けている場合。

- 療養費等請求書（様式 2-1）
- B病院の『領収書』と4月外来受診の『診療報酬明細書（レセプト）』
- 調剤薬局の『領収書』とB病院の処方箋に基づく『調剤報酬明細書（レセプト）』

注意

診療報酬明細書（レセプト）は、共済組合等の保険者に医療機関等が医療費を請求する際に使用される書類です。

医療機関等でお支払の際に領収書と一緒に発行される明細書とは異なりますのでご注意ください。

療養費・一部負担金払戻金・高額療養費
 家族療養費・家族療養費附加金 様式 2-1

療養費等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員 記号・番号	記号	1		所 属	〇〇局〇〇課	
	番号	123456			電話	〇〇〇-〇〇〇〇
療養者の 氏 名	共 済 花 子			組合員(本人)	発病又は 負傷した日	平成 〇 年 〇 月 〇 日
	昭和	平成	令和	〇年 〇月 〇日生	組合員被扶養者(家族)	令和
傷病名等	傷病名	骨折				
	傷病の原因	転倒				
受診した医療機関を 記入してください。	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)	健康クリニック			(所在地)	大阪市北区梅田〇丁目〇-〇
	診療等の期間	令和 〇年 〇月 〇日から	1日間	診療等に 要した 費用の額	56,000 円	
請求理由	次のいずれかに☑を入れてください。					購入した装具の領収書の金額を記入してください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等の購入のため <input type="checkbox"/> 組合員(被扶養者)					
装具の装着指示があった日(治療用装具製作指示装着 証明書の診察日)を記入してください。	令和 〇年 〇月 〇日					購 入 した 装 具 の 領 収 書 の 金 額 を 記 入 し て く だ さ い。
	仕事(通勤途中)のケガや病気の場合、原則『地方公務員災害補償法(労働者災害補償保険法)』の対象となり、健康保険の給付対象外となります。					
組合員(請求者)の 氏名	住所	神戸市〇〇〇				[自宅・携帯] 電話 (〇90) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
	氏名	共 済 花 子				

《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

シーケンス番号:

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			

療養費等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員	組合員 記号・番号	記号 1 番号 123456	所属	〇〇局〇〇課 電話 〇〇〇-〇〇〇〇
	療養者の 氏名	共済 花子 昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日生	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 〇年 〇月 〇日
	傷病名	両下肢リンパ浮腫		
	傷病の原因	子宮体癌術後		
請求者が 記入する	受診した医療機関を記入してください。	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(通勤途上を含む)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) 健康クリニック	(所在地) 大阪市北区梅田〇丁目〇-〇	
	診療等の期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 年 月 日まで	診療等に 要した 費用の額	1日間 30,000 円
請求理由	次のいずれかに☑を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等の購入のため <input type="checkbox"/> 組合員(被扶養者)の負傷・疾病によるもの			
装着指示のあった日(弾性着衣等装着指示書の日付)を記入してください。	令和 〇年 〇月 〇日			
	購入した弾性着衣(ストッキング等)の領収書の金額を記入してください。 (療養費の支給には上限がございます。)			
組合員(請求者)の 住所	神戸市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇			
氏名	共済 花子			
	[自宅・携帯] 電話 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			

《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:					