【前に加入していた健康保険に医療費を返還した場合】

※　受診者が複数いる場合は、受診者ごとに作成してください。

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（請求者）が記入すると

組合員記号・番号	記号　1 番号　123456	所属	○○局○○課 電話　○○○-○○○○	
療養者の氏名	共済　花子　（組合員(本人)） 昭和・平成・令和　○年　○月　○日生　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	かぜ		
	傷病の原因	不明		
	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)		
診療等の期間	令和　○年　○月　○日から 令和　○年　○月　○日まで　2日間	診療等に要した費用の額	7，600　円	
請求理由	次のいずれかに☑を入れてください。 ☐ 治療用装具等の購入のため　☐ 組合員（被扶養者）の資格確認ができなかったため ☑ その他（以前加入していた健康保険に医療費を返還したため）			
	和　○年　○月　○日			
	区○○町○丁目○－○			
	組合員(請求者)の氏名　共済　花子			
	［自宅・携帯］電話（090）○○○○－○○○○			

返還した医療費の額（領収書の額）を記入してください。

受診した期間を記入してください。
（共済組合の資格期間外の受診は、ご請求いただけません。）

《提出にあたっての注意事項》

1　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。

2　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。

3　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。

4　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				
☐共済負担８割(未就学児/高齢一般) ☐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	×　＝			
	（入院食事　）			
内訳　附加給付				
内訳　高額療養費				