

# 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 〇年〇月〇日
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					購入了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)の住所	神戸市〇〇〇					
組合員(請求者)の氏名	共済花子					
[自宅・携帯] 電話 ( 〇90 ) 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
---------

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			