

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 1日間	診療等に 要した 費用の額	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:					