療養費・家族療養費・高額療養費・移送費・家族移送費　請求書

組合員等記号・番号	組合員氏名	所属機関名
－		

療養者（移送者）の氏名	＊共済使用	生年月日（和暦）	受診時年齢	組合員との続柄	＊共済使用
	1 ・ 2	年　月　日	小学校入学前 70歳以上		

傷　病　名	傷病の原因	公務・労働・通勤災害・第三者行為による傷病ですか	該当に〇
			はい　いいえ

初診年月日（和暦）	療養期間（和暦）	療養に要した費用
年　月　日※	年　月　日 ～　年　月　日	円

診療・診断・装具等の作成指示を行った医療機関、薬局等の名称	所　在　地	該当の区分に〇	請求金額
＊共済使用		保険医療機関 保険薬局 その他	円※ ＊共済使用・決定額

公費適用のときは公費負担者番号	福祉医療適用のときは該当の制度に〇
	乳幼児・こども医療・ひとり親・重度心身障害

↓請求内容に〇		添付書類等（請求内容によっては記載以外の書類を依頼することがあります）
	療養の給付等を受けられなかったため（マイナ保険証等の使用不能・不携帯・資格登録前の受診）	①「診療報酬明細書（レセプト）」（医療機関又は前の健康保険等から交付を受けたものの現物） 又は別紙様式第27号の1「診療報酬領収済明細書」 ②医療機関の領収書（原本。前の健康保険等に支払ったときは、その領収書の原本）
	装具作成・購入	①医師による「装着指示書及び装具装着証明書」（原本） ②①により作成された装具の領収書（原本） ③靴型装具のときは、装着写真 ④弾性着衣購入のときは、着圧等の仕様確認ができる資料（カタログ、HP等の写）
	治療用眼鏡作成	①医師による「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」（原本） ②①により作成した眼鏡の領収書（原本）
	移送費	移送の方法： 移送の経路： ①医師の証明書、同意書、意見書（原本） ②搬送に要した費用の領収書（原本） ③医師の派遣を要したときはその費用の領収書（原本） 付添人の住所氏名：
	その他（内容を記入/添付書類は共済組合へご確認ください）	

上記のとおり請求します。
山口県市町村職員共済組合　理事長　様　　〒

年　月　日　　請求者（組合員）住所

氏名（自署）

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所長

1. この請求書は、診療報酬明細書（レセプト）又は作成指示書等１件につき１枚作成してください。

2. 該当項目に必要事項を記入のうえ、該当する添付書類を全て添付してください。なお、※の欄が不明なときは記入不要です。
・請求額（給付額）は次のとおりです。療養の給付を受けられなかったときは、医療費の７割又は８割（乳幼児、高齢一般）を給付。
装具・治療用眼鏡作成等は療養の給付と同様。ただし、上限額あり。移送費は必要と認められる範囲の全額を給付。
・請求者（通常は組合員）が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。
・組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

3. 所属所長の欄は、所属所の共済組合事務担当課が証明を行います。
ただし、任意継続組合員が請求するときは証明不要ですので、直接共済組合へ提出してください。

※共済組合使用欄	受付印	決定してよろしいか		レセプト	療養費（移送費）	療養費区分/　01 療養費　02 代理療養費
		課　長	担　当	現金給付	移送費 110・120	給種/ 02 移送（要 DB 修正）　03 装具　05 証
					高額療養費 130	診療区分/ 11 入　12 外　31 歯入　32 歯　42 調剤
					附加給付等 510・410	負担区分/　乳幼児　高齢7割（2）　高齢2割（3）
						日数/