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
△△△　－　△△△△△	共済　太郎	○○市

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
共済　花子	1　・　2	平成△△年　△△月　△△日	A	子	

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○
腹痛	不明		B

初診年月日（和暦）	療養期間（和暦）	療養に要した費用
C	D	10,000 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○	請求金額
○○○医院 ＊共済使用	○○県○○市○○　△丁目△△	保険医療機関 保険薬局 その他	E　7,000　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○
	乳幼児・こども医療・ひとり親・重度心身障害

↓請求内容に○		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）

注・「診療報酬明細書（レセプト）」とは

・医療機関・薬局が、（通常は支払基金へ請求するために作成する）医療費の明細書（Ａ４サイズ）で、表題は「診療報酬明細書」となっています。

・通常の窓口精算時に受けとる医療費の明細書等では代用できません。
10割を自己負担した際に受診機関等から「診療報酬明細書」が交付されない場合は、受診機関に依頼して交付を受けてください。

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

令和△△年　△△月　△△日

〒△△△－△△△△
請求者　住所　○○県○○市○○○　△－△
氏名（自署）　共済　太郎

記入例・証不携帯

注・診療報酬明細書（レセプト）１件につき、この請求書が１枚必要です

A. 該当のときは○をしてください。受診時年齢が小学生～70歳未満のときは記載不要です。

B. 公務・労働・通勤災害・第三者行為に該当のときは、請求できません。

C. 以前からの療養で初診日が不明なときは、記入不要です。

D. 療養期間が月をまたぐ場合、月ごとに記入してください。（診療報酬明細書は月単位の発行）

E. 請求額（給付額）は、原則として要した費用の７割又は８割（乳幼児、高齢一般）です。

注・高額療養費等が発生する場合は共済組合で計算・給付を行いますので、金額の記入及び別途請求の必要はありません。ただし、組合員が市町村民税非課税に該当する場合で、共済組合から「限度額適用・標準負担額減額適用認定証」の交付を受けていないときは給付額が変わることがありますので、事前にお問合せください。

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
△△△　－　△△△△△	共済　太郎	○○市

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
共済　太郎	1　・　2	平成△△年　△△月　△△日	A	本人	

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○
椎間板ヘルニア	重い荷物を抱えたため		B

初診年月日（和暦）	療養期間（和暦）	療養に要した費用
C	D	50,000 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○	請求金額
○○○医院 ＊共済使用	○○県○○市○○　△丁目△△	(保険医療機関) 保険薬局 その他	E　35,000　円※

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○	＊共済使用・決定額
	乳幼児・こども医療・ひとり親・重度心身障害	

↓請求内容に○		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

〒△△△－△△△△

令和△△年　△△月　△△日

請求者　住所　○○県○○市○○○　△－△
氏名（自署）　共済　太郎

記入例・装具作成　注・作成指示書１件につき、この請求書が１枚必要です

A. 該当のときは○をしてください。作成指示日の年齢が小学生～70歳未満のときは記載不要です。

B. 公務・労働・通勤災害・第三者行為に該当のときは、請求できません。

C. 初診日は、医療機関の作成指示書（診断書）の日付としてください。

D. 療養期間の初日はD、最終日は装着証明書の日付としてください。

E. 請求額（給付額）は、原則として要した費用の７割又は８割（乳幼児、高齢一般）です。
ただし、弾性着衣等の購入は給付上限が定められています。
なお、高額療養費等については、「記入例・証不携帯」を参照してください。

注・過去に弾性着衣購入で療養費を受給した方が、新たな指示により弾性着衣を購入したとき
今回購入日（領収書の日付）が前回購入日から６か月を経過しているときは、再度、
療養費を請求できます。

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
△△△　－　△△△△△	共済　太郎	○○市

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
共済　花子	1　・　2	令和△△年　△△月　△△日	A	子	

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○
弱視	先天性		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
B	C	20,000 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○	請求金額
○○○医院 ＊共済使用	○○県○○市○○　△丁目△△	保険医療機関 保険薬局 その他	E　16,000　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○
	乳幼児・こども医療・ひとり親・重度心身障害

↓請求内容に○		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

令和△△年　△△月　△△日

請求者　住所　〒△△△－△△△△　○○県○○市○○○　△－△
氏名（自署）　共済　太郎

記入例・治療用眼鏡作成　注・作成指示書１件につき、この請求書が１枚必要です

A. 作成指示を受けた日が小学校入学前の年度のときは、「小学校入学前」に○をしてください。
小学生以上のときは記載不要です。

B. 初診日は、医療機関の作成指示書の日付としてください。

C. 療養期間の初日はD、最終日は領収書の日付としてください。

D. 請求額（給付額）は、原則として要した費用の７割又は８割（乳幼児）です。
ただし、給付上限額が定められています。

注・過去に眼鏡を作成し療養費を受給した方が再度眼鏡を作成した場合、今回購入日（領収書の日付）が前回購入日から次の期間を経過しているときに限り、再度、療養費を請求できます。
・今回の作成指示を受けた年齢が　５歳未満　・・・１年以上
５歳以上９歳未満・・・２年以上

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
△△△　－　△△△△△	共済　太郎	○○市

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
共済　太郎	1 ・ 2	平成△△年　△△月　△△日	A	本人	

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○
○○○○○	不明		B

初診年月日（和暦）	療養期間（和暦）	療養に要した費用
C	D	60,000 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○	請求金額
○○○医院 ＊共済使用	○○県○○市○○　△丁目△△	保険医療機関 保険薬局 その他	E　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○
	乳幼児・こども医療・ひとり親・重度心身障害

↓請求内容に○		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：介護タクシー 移送の経路：○○病院→一般道路→－○○インター→高速道路→◎◎インター→一般道路→◎◎病院 付添人の住所氏名： 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）
	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

〒△△△－△△△△

令和△△年　△△月　△△日

請求者　住所　○○県○○市○○○　△－△

氏名（自署）　共済　太郎

記入例・移送

注・　１月の間の移送につき、この請求書が１枚必要です。（１回の移送が月をまたぐときは１枚）
次の費用の請求ができます。
・移動困難な移送者が、医師の指示により一時的・緊急的な必要があって移送されたときの費用
・造血幹細胞及び臍帯血の搬送費用

A. 該当のときは○をしてください。移送時年齢が小学生～70歳未満のときは記載不要です。

B. 公務・労働・通勤災害・第三者行為に該当のときは、請求できません。

C. 以前からの療養で初診日が不明なときは、記入不要です。

D. 移送期間の初日から最終到着日を記入してください。

E. 請求額（給付額）は、移送に要した費用のうち共済組合が認めた範囲の全額となりますので、記入不要です。

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
△△△　－　△△△△△	共済　太郎	○○市

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
共済　太郎	1　・　2	平成△△年　△△月　△△日	A	本人	

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○
○○○○○	不明		B

初診年月日（和暦）	療養期間（和暦）	療養に要した費用
C	D	60,000 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○	請求金額
○○○医院 ＊共済使用	○○県○○市○○　△丁目△△	(保険医療機関) 保険薬局 その他	E　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○
	乳幼児・こども医療・ひとり親・重度心身障害

↓請求内容に○		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）又は医療機関又は前の健康保険等から支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医師による「装着指示書」及び装具装着証明書（原本） ③既製装具のときは、装着写真
	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）
	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） **輸血で生血を購入したため**　…①医師の証明書又は同意書（いずれも原本）、②領収書（原本）	

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

〒△△△－△△△△

令和△△年　△△月　△△日

請求者　住所　○○県○○市○○○　△－△

氏名（自署）　共済　太郎

記入例・輸血で生血を購入

注・　親族以外から輸血を受ける場合に対象となります。

A. 該当のときは○をしてください。領収日が小学生～70歳未満のときは記載不要です。

B. 公務・労働・通勤災害・第三者行為に該当のときは、請求できません。

C. 以前からの療養で初診日が不明なときは、記入不要です。

D. 購入日（領収日）を記入してください。

E. 原則として要した費用の７割又は８割（乳幼児、高齢一般）です。
高額療養費等については、「記入例・証不携帯」を参照してください。