

事務局長	課長	課員

療養費請求書 家族療養費

※決定額	療養費・家族療養費	円
	高額療養費	円
	訪問看護療養費	円
	家族訪問看護療養費	円
	食事療養費	円
	一部負担金払戻金	円
	家族療養費附加金	円
家族訪問看護療養費附加金	円	

組合員等	記号	853	フリガナ	キョウサイ	タロウ	所属機関	名称	〇〇市	
	番号	1000	組合員氏名	共 済 太 郎			所在地	〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇	
療養を受けた者	氏名	共 済 太 郎			傷病名	〇〇〇〇			
	生年月日	〇平・令	50年	4月	1日	初診年月日	平成・令和 〇年 〇月 〇日		
	組合員との続柄	本人	入院外来の別	入院	外来	傷病の原因	〇〇〇〇		
保健医療機関 ・薬局・その他	所在地	〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇							
	名称	〇〇病院							
療養期間	令和 〇年 〇月 〇日 から 〇日間 令和 〇年 〇月 〇日 まで	請求額	療養に要した費用	〇〇〇〇円		療養費	円		
入院期間（食事療養を受けた期間）	令和 〇年 〇月 〇日 から 〇日間 令和 〇年 〇月 〇日 まで		高額療養費			円			
食事療養に要した費用	円		訪問看護療養費 家族訪問看護療養費			円			
			食事療養費			円			
療養の給付等を受けることができなかった理由(注1)	旅行中に病院で診察を受けたが、マイナンバーカードを持参していなかったため								
上記のとおり請求します。									
香川縣市町村職員共済組合理事長 様									
令和 〇年 〇月 〇日 〇〇〇-〇〇〇〇									
住所 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇									
氏名 共 済 太 郎									
組合員									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									
令和 〇年 〇月 〇日									
所属所長 職名 〇〇市長									
氏名 〇〇〇〇〇〇									

- 療養の給付等を受けることができなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
 - 医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書又は、診療報酬明細書（レセプト）の写しと領収書（原本）を添付してください。
 - ※印欄は記入しないでください。
- 注1 「療養の給付等」とは療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養のことをいいます。