

決 定 額	療 養 費	※	円
	一部負担金払戻金	※	円
	家 族 療 養 費	※	円
	家族療養費附加金	※	円

療 養 費 ・ 家 族 療 養 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 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	性 別 ( ) 続 柄 ( )					
傷 病 名		傷 病 原 因							
初 診 年 月 日	年 月 日	医 療 機 関 名 薬 局 名		保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 ・ そ の 他					
療 養 期 間	入 院	年 月 日 から 年 月 日 まで	療 養 に 要 し た 費 用	円	請 求 金 額	※ 記 入 し な く て も OK	円		
	外 来	年 月 日 から 年 月 日 まで							
マイナ保険証等を使用しなかった理由		※マイナ保険証等を使用しなかった場合は、その理由を具体的に。 治療用装具購入の場合は「治療用装具購入のため」と記入。							
上記のとおり請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿  年 月 日 <div style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名</div>									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 <div style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名</div> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;">印</div>									

① 組合員の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

② 療養者の氏名・生年月日・性別・組合員との続柄を記入してください。

③ 傷病名・傷病原因について詳しく記入してください。（例：休日、自宅の階段から転落して骨折した。等）

④ 原因となった傷病について、初めて医療機関等に受診した日を記入してください。

⑤ 入院又は外来の診療日（期間）を必ず記入し、療養に要した費用を記入してください。

⑥ 理由（例：旅行中に急病になりマイナ保険証等を所持していなかったため。等）を記入してください。

⑦ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

⑧ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

1. マイナ保険証等を使用しなかった理由は具体的に詳しく書いてください。
2. 領収書及び医師の証明書又は診療報酬明細書（レセプト）を添付してください。
3. 治療用装具等の購入の場合は、装具装着証明書及び領収書（装着した装具の明細が記入されているもの）を添付してください。
4. ※印欄は記入しないでください。