組合員（本人）の請求は療養費に、組合員の被扶養者の請求は家族療養費にチェック☑してください。

共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

☐ 療養費

☐ 家族療養費

請求書

資格情報のお知らせ（直近で交付されたもの）をご参照ください。

		十万	万	千	百	十	円	

組合員（記号 － 番号）	記号 ○○○ ― 番号 ○○○○○○○	組合員氏名（本人）	共済　太郎
所　　属	□□局□□部□□課	電話 ○○○（○○○）○○○○ 内線 △△△△△	
受診者の生年月日	令和 4 年 5 月 1 日	受診者の医療証について	有 ・ 無 （医療証名称： 乳児医療証 ）
※家族療養費請求の場合に記入	被扶養者氏名（受診者） 共済　さくら	続柄（ 長女 ）	

負傷した経緯を必ず記入してください。

☑ 治療用装具（購入日 令和 5 年 5 月 1 日）

☐ はり・きゅう　☐ あんま・マッサージ　☐ その他（　　）

☐ 立替払（　　）

治療用装具が必要と診断された日

傷病名等				
	傷病名	○○○○○○○	初診年月日	令和 5 年 5 月 1 日
	傷病の原因及びその経過	○○○○○○○		
	療養期間	令和 5 年 5 月 1 日から 令和 5 年 5 月 8 日まで 8 日間		
	医療機関または薬局名及びその住所	△△△病院（□□□県□□市□□□１１－１）		
	療養に要した費用の額	○○，○○○円	備　考	

装着期間もしくは「治療中」と記入

お支払い金額（10割分）を記入

上記のとおり請求します。

川崎市職員共済組合理事長　様

令和 6 年 5 月 14 日

請　求　者（組合員）

〒 □□□ ― □□□□

住　所（自宅） 川崎市○○区○○町○番地

電話番号（自宅） ○○○（○○○）○○○○

氏　名 共済　太郎

（記入上の注意）

- 緊急その他やむを得ない理由で、保険診療を受けた場合は、立替払を選択し、理由を記入してください。
- 字句を訂正するときは、誤った箇所に二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- 医療証とは、自治体等で医療費補助（公費の適用）を受けている場合に発行される証書のことです。

（添付書類）

1 治療用装具購入・・(1) 医師の意見（同意）書の原本 (2) 領収書（原本）及び内訳の記載があるもの

2 立替払・・・・・・(1) 診療報酬明細書または調剤報酬明細書の原本 (2) 領収書（原本）

3 はり・きゅう／あんま・マッサージ ・・(1) 医師の意見（同意）書の原本 (2) 領収書（原本） (3) 療養費支給申請書

※ 振込先は職員情報システムの振込口座登録から確認・変更できます。

組合員（本人）の請求は療養費に、組合員の被扶養者の請求は家族療養費にチェック☑してください。

共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

☐ 療養費

☐ 家族療養費

請求書

資格情報のお知らせ（直近で交付されたもの）をご参照ください。

	十万	万	千	百	十	円

組合員（記号 － 番号）	記号 ○○○ ― 番号 ○○○○○○○	組合員氏名（本人）	共済　太郎
所　　属	□□局□□部□□課	電話 ○○○（○○○）○○○○ 内線 △△△△△	
受診者の生年月日	昭和 25 年 5 月 1 日	受診者の医療証について	有 ・ 無 （医療証名称：高齢受給者証）
※家族療養費請求の場合に記入	被扶養者氏名（受診者） 共済　花子	続柄（妻）	
療養費区分	☐ 治療用装具（購入日　平成　年　月　日） ☑ はり・きゅう　☐ あんま・マッサージ　☐ その他（　） ☐ 立替払（　療養費支給申請書の初療日　）		
傷病名等	傷病名	○○○○○○○	初診年月日 令和 5 年 5 月 1 日
	傷病の原因及びその経過		
	療養期間	令和 5 年 5 月 1 日から 令和 5 年 5 月 31 日まで 6 日間	
	医療機関または薬局名及びその住所	△△△鍼灸院（□□□県□□市□□□１１－１）	
	療養に要した費用の額	○，○○○円	備　考

お支払い金額（10割分）を記入

上記のとおり請求します。

川崎市職員共済組合理事長　様

令和　6　年　6　月　14　日

〒 □□□ ― □□□□

請　求　者（組合員）

住　所（自宅）　川崎市○○区○○町○番地

電話番号（自宅）　○○○（○○○）○○○○

氏　名　共済　太郎

（記入上の注意）

- 緊急その他やむを得ない理由で、保険診療を受けた場合は、立替払を選択し、理由を記入してください。
- 字句を訂正するときは、誤った箇所に二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- 医療証とは、自治体等で医療費補助（公費の適用）を受けている場合に発行される証書のことです。

（添付書類）

1　治療用装具購入・・（1）医師の意見（同意）書の原本（2）領収書（原本）及び内訳の記載があるもの

2　立替払・・・・・・（1）診療報酬明細書または調剤報酬明細書の原本（2）領収書（原本）

3　はり・きゅう　あんま・マッサージ　・・（1）医師の意見（同意）書の原本（2）領収書（原本）（3）療養費支給申請書

※　振込先は職員情報システムの振込口座登録から確認・変更できます。

共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

組合員（本人）の請求は療養費に、組合員の被扶養者の請求は家族療養費にチェック☑してください。

決定額	十万	万	千	百	十	円

☐ 療養費

☐ 家族療養費

請求書

資格情報のお知らせ（直近で交付されたもの）をご参照ください。

組合員（記号 － 番号）	記号 ○○○ － 番号 ○○○○○○○	組合員氏名（本人）	共済　太郎
所　　属	□□局□□部□□課	電話 ○○○（○○○）○○○○ 内線 △△△△△	
受診者の生年月日	昭和 25 年 5 月 1 日	受診者の医療証について	有 ・ 無 （医療証名称：高齢受給者証）
※家族療養費請求の場合に記入	被扶養者氏名（受診者）	共済　花子	続柄（妻）
療養費区分	☐ 治療用装具（購入日　平成　年　月　日） ☐ はり・きゅう　☑ あんま・マッサージ　☐ その他（　） ☐ 立替払（　）		

療養費支給申請書の初療日

傷病名等	傷病名	○○○○○○○	初診年月日	令和 6 年 5 月 1 日
	傷病の原因及びその経過			
	療養期間	令和 6 年 5 月 1 日から 令和 6 年 5 月 31 日まで 6 日間		
	医療機関または薬局名及びその住所	△△△鍼灸院（□□□県□□市□□□１１－１）		
	療養に要した費用の額	○，○○○円	備　考	

お支払い金額（10割分）を記入

上記のとおり請求します。

川崎市職員共済組合理事長　様

令和 6 年 6 月 14 日

〒 □□□ － □□□□

請　求　者（組合員）

住　所（自宅）　川崎市○○区○○町○番地

電話番号（自宅）　○○○（○○○）○○○○

氏　名　共済　太郎

（記入上の注意）

- 緊急その他やむを得ない理由で、保険診療を受けた場合は、立替払を選択し、理由を記入してください。
- 字句を訂正するときは、誤った箇所に二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- 医療証とは、自治体等で医療費補助（公費の適用）を受けている場合に発行される証書のことです。

（添付書類）

1　治療用装具購入・・(1) 医師の意見（同意）書の原本 (2) 領収書（原本）及び内訳の記載があるもの

2　立替払・・・・・・(1) 診療報酬明細書または調剤報酬明細書の原本 (2) 領収書（原本）

3　はり・きゅう　あんま・マッサージ・・(1) 医師の意見（同意）書の原本 (2) 領収書（原本） (3) 療養費支給申請書

※　振込先は職員情報システムの振込口座登録から確認・変更できます。

組合員（本人）の請求は療養費に、組合員の被扶養者の請求は家族療養費にチェック☑してください。

共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

			十万	万	千	百	十	円			

☐ 療養費

☐ 家族療養費

請求書

資格情報のお知らせ（直近で交付されたもの）をご参照ください。

組合員（記号 － 番号）	記号 ○○○ － 番号 ○○○○○○○	組合員氏名（本人）	共済　太郎
所　　属	□□局□□部□□課	電話 ○○○（○○○）○○○○ 内線 △△△△△	
受診者の生年月日	令和 6 年 5 月 1 日	受診者の医療証について	有 ・ 無 （医療証名称：乳児医療証）
※家族療養費請求の場合に記入	被扶養者氏名（受診者）	共済　さくら	長女 ）
療養費区分	☐ 治療用装具（購入日　　日） ☐ はり・きゅう　☐ あんま・マッサージ　☐ その他（　　） ☑ 立替払（扶養認定の手続き中であったため。） ※ 10割負担した理由		
傷病名等	傷病名	○○○○○○○	初診年月日 令和 5 年 5 月 1 日
	傷病の原因及びその経過	いつ、どこで、どうしてその傷病になったか（わかったか）を記入してください	
	療養期間	令和 6 年 5 月 1 日から 令和 6 年 5 月 31 日まで 2 日間	
	医療機関または薬局名及びその住所	△△△病院（□□□県□□市□□□１１－１）	
	療養に要した費用の額	○○，○○○円	備　考

公費適用となる医療証または手帳の名称を記入してください

共済組合加入前の保険者へ支払った医療費の請求はわかる範囲の記入で結構です

当該月の期間及び通院日数、不明の場合は空白

お支払い金額（10割分）を記入

上記のとおり請求します。

川崎市職員共済組合理事長　様

令和 6 年 6 月 14 日

〒 □□□ － □□□□

請　求　者（組合員）

住　所（自宅）　川崎市○○区○○町○番地

電話番号（自宅）　○○○（○○○）○○○○

氏　　名　共済　太郎

（記入上の注意）

- 緊急その他やむを得ない理由で、保険診療を受けた場合は、立替払を選択し、理由を記入してください。
- 字句を訂正するときは、誤った箇所に二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- 医療証とは、自治体等で医療費補助（公費の適用）を受けている場合に発行される証書のことです。

（添付書類）

1　治療用装具購入・・(1) 医師の意見（同意）書の原本 (2) 領収書（原本）及び内訳の記載があるもの

2　立替払・・・・・・(1) 診療報酬明細書または調剤報酬明細書の原本 (2) 領収書（原本）

3　はり・きゅう あんま・マッサージ・・(1) 医師の意見（同意）書の原本 (2) 領収書（原本） (3) 療養費支給申請書

※　振込先は職員情報システムの振込口座登録から確認・変更できます。