

| 共済組合決裁欄 |    |    |       |      |
|---------|----|----|-------|------|
| 係員      | 合議 | 係長 | 事務局次長 | 事務局長 |
|         |    |    |       |      |

療養費

家族療養費

請求書

|                                    |    |  |   |  |   |
|------------------------------------|----|--|---|--|---|
| 決定額                                | 百万 |  | 千 |  | 円 |
| <input type="checkbox"/> 療養費・家族療養費 |    |  |   |  | 円 |
| <input type="checkbox"/> 附加金       |    |  |   |  | 円 |

|   |   |                                      |               |                  |     |
|---|---|--------------------------------------|---------------|------------------|-----|
| 組合員証  | 記号<br>〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇   | 番号                                   | 組合員氏名<br>(本人) | 共済 太郎            |     |
| 所 属   | 〇〇局〇〇部〇〇課   |                                      | 電話            | 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 |     |
|   |   |                                      | 内線            | △△△△△            |     |
| 被扶養者<br>※家族療養費請求<br>の場合に記入  | 組合員との続柄   |                                      | 生年月日          | 年                | 月 日 |
|   |   |                                      | 性 別           | 男                | 女   |
| 療養費区分   | <input type="checkbox"/> 治療用装具 ( 購入日 年 月 日 )<br><input checked="" type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 立替払 ( ※ 組合員証を使用しなかった理由 ) |                                      |               |                  |     |
| 傷病名等  | 傷 病 名   | 〇〇〇〇〇〇〇                              | 初診年月日         | 令和2年 5 月 1 日     |     |
|   | 傷病の原因及び<br>その経過   | 〇〇〇〇〇〇〇                              |               |                  |     |
|   | 療養期間  | 令和2年 5 月 1 日から 令和2年 5 月 31 日まで 31 日間 |               |                  |     |
|   | 医療機関または薬局名<br>及びその住所  | △△△鍼灸院 (〇〇〇県〇〇市〇〇〇 1 1 - 1)          |               |                  |     |
|   | 療養に要した<br>費用の額  | 〇, 〇〇〇円                              | 備 考           |                  |     |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>川崎市職員共済組合理事長 様</p> <p>令和2年 6 月 14 日</p> <p>〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p> <p>請 求 者 住 所 ( 自 宅 ) 川崎市〇〇区〇〇町〇番地</p> <p>( 組 合 員 ) 電 話 番 号 ( 自 宅 ) 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇</p> <p>氏 名 共済 太郎</p> |   |                                      |               |                  |     |

(記入上の注意)

- 緊急その他やむを得ない理由で、組合員証等が提示せず、受診した場合のみ、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。

- (添付書類)
- 治療用装具購入・・・(1) 医師の意見(同意)書 (2) 領収書及び内訳の記載があるもの
  - 立替払・・・・・・(1) 診療報酬明細書、調剤報酬明細書 (2) 領収書
  - はり・きゅう  
あんま・マッサージ・・・(1) 医師の意見(同意)書 (2) 領収書 (3) 療養費支給申請書

| 共済組合決裁欄 |    |    |       |      |
|---------|----|----|-------|------|
| 係員      | 合議 | 係長 | 事務局次長 | 事務局長 |
|         |    |    |       |      |

療養費

家族療養費

請求書

|                                    |    |  |   |  |   |
|------------------------------------|----|--|---|--|---|
| 決定額                                | 百万 |  | 千 |  | 円 |
| <input type="checkbox"/> 療養費・家族療養費 |    |  |   |  | 円 |
| <input type="checkbox"/> 附加金       |    |  |   |  | 円 |

|   |  |  |               |  |
|---|--|--|---------------|--|
| 組合員証  | 記号<br>〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇  | 番号                                     | 組合員氏名<br>(本人) | 共済 太郎  |
| 所属  | 〇〇局〇〇部〇〇課  |  | 電話            | 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇   |
|   |  |  | 内線            | △△△△△  |
| 被扶養者<br>※家族療養費請求<br>の場合に記入  | 共済 さくら   |  | 生年月日          | 平成 23 年 5 月 1 日  |
|   | 組合員との続柄  | 長女                                     | 性別            | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 療養費区分   | <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 (購入日 令和 2 年 5 月 8 日 )<br><input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 立替払 ( ) |  |               |  |
|   | ※ 組合員証を使用しなかった理由   |  |               |  |
| 傷病名等  | 傷病名  | 〇〇〇〇〇〇〇                                | 初診年月日         | 令和 2 年 5 月 1 日   |
|   | 傷病の原因及び<br>その経過  | 〇〇〇〇〇〇〇                                |               |  |
|   | 療養期間   | 令和 2 年 5 月 1 日から 令和 2 年 5 月 8 日まで 8 日間 |               |  |
|   | 医療機関または薬局名<br>及びその住所   | △△△病院 (〇〇〇県〇〇市〇〇〇 1 1 - 1)             |               |  |
|   | 療養に要した<br>費用の額   | 〇〇, 〇〇〇円                               | 備考            |  |
| 上記のとおり請求します。<br>川崎市職員共済組合理事長 様<br>令和 2 年 5 月 14 日<br>〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>請求者<br>(組合員) 住 所 (自宅) 川崎市〇〇区〇〇町〇番地<br>電話番号(自宅) 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇<br>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、組合員証等が提示せず、受診した場合のみ、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。

- (添付書類)
- 治療用装具購入・・・(1) 医師の意見(同意)書 (2) 領収書及び内訳の記載があるもの
  - 立替払・・・・・・(1) 診療報酬明細書、調剤報酬明細書 (2) 領収書
  - はり・きゅう  
あんま・マッサージ・・・(1) 医師の意見(同意)書 (2) 領収書 (3) 療養費支給申請書

| 共済組合決裁欄 |    |    |       |      |
|---------|----|----|-------|------|
| 係員      | 合議 | 係長 | 事務局次長 | 事務局長 |
|         |    |    |       |      |

療養費

家族療養費

請求書

|                                    |    |  |   |  |   |
|------------------------------------|----|--|---|--|---|
| 決定額                                | 百万 |  | 千 |  | 円 |
| <input type="checkbox"/> 療養費・家族療養費 |    |  |   |  | 円 |
| <input type="checkbox"/> 附加金       |    |  |   |  | 円 |

|  |   |  |               |                  |   |
|--|---|--|---------------|------------------|---|
| 組合員証   | 記号<br>〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇   | 番号                                     | 組合員氏名<br>(本人) | 共済 太郎            |   |
| 所属   | 〇〇局〇〇部〇〇課   |  | 電話            | 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 |   |
|  |   |  | 内線            | △△△△△            |   |
| 被扶養者<br>※家族療養費請求<br>の場合に記入   | 共済 さくら  |  | 生年月日          | 平成 26 年 5 月 1 日  |   |
|  | 組合員との続柄   | 長女                                     | 性別            | 男                | 女 |
| 療養費区分  | <input type="checkbox"/> 治療用装具 ( 購入日 平成 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 立替払 ( 扶養認定手続き中で、保険証が手元になかったため。<br><small>※ 組合員証を使用しなかった理由</small> ) |  |               |                  |   |
| 傷病名等   | 傷病名   | 〇〇〇〇〇〇〇                                | 初診年月日         | 令和 2 年 5 月 1 日   |   |
|  | 傷病の原因及び<br>その経過   | 〇〇〇〇〇〇〇                                |               |                  |   |
|  | 療養期間  | 令和 2 年 5 月 1 日から 令和 2 年 5 月 8 日まで 8 日間 |               |                  |   |
|  | 医療機関または薬局名<br>及びその住所  | △△△病院 (〇〇〇県〇〇市〇〇〇 1 1 - 1)             |               |                  |   |
|  | 療養に要した<br>費用の額  | 〇〇, 〇〇〇円                               | 備考            |                  |   |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>川崎市職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 2 年 6 月 14 日</p> <p>〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p> <p>請求者<br/>(組合員) 住 所 ( 自 宅 ) 川崎市〇〇区〇〇町〇番地</p> <p>電話番号 ( 自 宅 ) 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇</p> <p>氏 名 共済 太郎</p> |   |  |               |                  |   |

(記入上の注意)

- 緊急その他やむを得ない理由で、組合員証等が提示せず、受診した場合のみ、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、誤った箇所にも二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。

- (添付書類)
- 治療用装具購入・・・(1) 医師の意見(同意)書 (2) 領収書及び内訳の記載があるもの
  - 立替払・・・・・・(1) 診療報酬明細書、調剤報酬明細書 (2) 領収書
  - はり・きゅう  
あんま・マッサージ・・・(1) 医師の意見(同意)書 (2) 領収書 (3) 療養費支給申請書