

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

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 〇〇〇	番号 — 〇〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名 (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	△△△△△	
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 (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)	
療養費区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 (購入日 令和 5 年 5 月 1 日) <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 () <input type="checkbox"/> 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	〇〇〇〇〇〇〇		初診年月日	令和 5 年 5 月 1 日
	傷病の原因及び その経過	〇〇〇〇〇〇〇		装着期間もしくは「治療中」と記入	
	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 (〇〇〇〇県〇〇市〇〇〇 1 1-1)			
	療養に要した 費用の額	〇〇, 〇〇〇円		備 考	
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 5 年 5 月 14 日 請求者 (組合員) 住 所 (自 宅) 川崎市〇〇区〇〇町〇番地 電話番号(自宅) 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 氏 名 共済 太郎 お支払い金額(10割分)を記入					

(記入上の注意)

- ・ 緊急その他やむを得ない理由で、組合員証等を提示できないまま受診した場合は、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、調剤報酬明細書 (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	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 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇	番号	組合員氏名 (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	△△△△△
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 (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)		
療養費区分	<input type="checkbox"/> 治療用装具 (購入日 平成 年 月 日)			
	<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 ()			
	<input type="checkbox"/> 立替払 ()			※ 療養費支給申請書の初療日
傷病名等	傷 病 名	〇〇〇〇〇〇〇	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 (〇〇〇〇県〇〇市〇〇〇 1 1 - 1)		
	療養に要した 費用の額	〇, 〇〇〇円	備 考	
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 5 年 6 月 14 日				
請求者 (組合員) 住 所 (自 宅) 川崎市〇〇区〇〇町〇番地				
電話番号(自宅) 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇				
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、組合員証等を提示できないまま受診した場合は、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。
- ・ 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、調剤報酬明細書 (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

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 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇	番号	組合員氏名 (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	△△△△△
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 (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)		
療養費区分	<input type="checkbox"/> 治療用装具 (購入日 平成 年 月 日)			
	<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 ()			
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	<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。 ※ 組合員証を使用しなかった理由)			
	傷 病 名	〇〇〇〇〇〇〇	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			
傷病名等	療養期間	令和 5 年 5 月 1 日から 令和 5 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 (〇〇〇〇県〇〇市〇〇〇 1 1 - 1)		
	療養に要した 費用の額	〇〇, 〇〇〇円	備 考	
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 5 年 6 月 14 日				
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇				
請 求 者				
(組合員) 住 所 (自 宅) 川崎市〇〇区〇〇町〇番地				
電 話 番 号 (自 宅) 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇				
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、組合員証等を提示できないまま受診した場合は、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、調剤報酬明細書 (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。