

< 治療用装具・治療用眼鏡等を購入した場合 >

様式第4号

本人
家族

療養費・家族療養費
 入院時食事療養費
 移送費・家族移送費
 高額療養費・家族療養費附加金
 家族訪問看護療養費附加金
 一部負担金払戻金請求書

決定額	療養費 家族療養費	*	円
	入院時食事療養費	*	円
	移送費 家族移送費	*	円
	高額療養費	*	円
	一部負担金払戻金 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・番号		組合員名前		所属機関名		
△△△△-△△△△		共済太郎		〇〇市		
療	療養者名前		生年月日			
	共済花子		△△△△年 △月 △日			
	傷病名	初診年月日	療養期間	傷病の原因		
	〇〇〇〇	△△△△年△月△日	△△△△年△月△日から △△△△年△月△日まで	不詳 (第三者加害ではない)		
養	給付事由発生日		医療機関又は薬局名及びその所在地			
	* 年 月 日		〇〇病院			
	給付期間		〇〇市〇〇町			
	* 年 月 日から 年 月 日まで		保険医療機関、保険薬局、その他			
者	療養区分	日数	療養に要した費用	適用公費	請求金額	
	入院	* 泊なし 日	50,000 円	なし	療養費 家族療養費	円
	外来	* 泊あり 日			入院時食事療養費	円
	移送の区間		移送の方法		移送費 家族移送費	円
					高額療養費	円
	組合員証、組合員被扶養者証及び標準負担額減額認定証を使用できなかった理由		治療用装具を購入したため		一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円
家族訪問看護 療養費附加金					円	
備考						
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年 △月 △日 請求者 住所 〇〇市〇〇町△-△-△ 名前 共済太郎						
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 所属所長 職名 〇〇市長 名前 〇〇〇〇						

<添付書類>

- 診断書・装具装着証明書・弱視等治療用眼鏡等作成指示書等
- 領収書（品名等が確認できるもの）

< 組合員証が使用できなかった場合 >

様式第4号

本人
家族

療養費・家族療養費
 入院時食事療養費
 移送費・家族移送費
 高額療養費・家族療養費附加金
 家族訪問看護療養費附加金
 一部負担金払戻金請求書

決定額	療養費 家族療養費	*	円
	入院時食事療養費	*	円
	移送費 家族移送費	*	円
	高額療養費	*	円
	一部負担金払戻金 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・番号		組合員名前		所属機関名		
△△△△-△△△△		共済太郎		〇〇市		
療	療養者名前		生年月日			
	共済花子		△△△△年 △月 △日			
	傷病名	初診年月日	療養期間	傷病の原因		
	〇〇〇〇	△△△△年△月△日	△△△△年△月△日から △△△△年△月△日まで	不詳 (第三者加害ではない)		
養	給付事由発生日		医療機関又は薬局名及びその所在地			
	* 年 月 日		〇〇病院			
	給付期間		〇〇市〇〇町			
者	* 年 月 日から 年 月 日まで		保険医療機関、保険薬局、その他			
	療養区分	日数	療養に要した費用	適用公費	請求金額	
	入院	* 泊なし 日	10,000 円	なし	療養費 家族療養費	円
	外来	* 泊あり 日			入院時食事療養費	円
	移送の区間		移送の方法		移送費 家族移送費	円
					高額療養費	円
	組合員証、組合員被 扶養者証及び 標準負担額減額 認定証を使用 できなかった理由		急病になり組合員証を使用できなかったため			一部負担金払戻金 家族療養費附加金
家族訪問看護 療養費附加金						円
備考						
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年 △月 △日 請求者 住所 〇〇市〇〇町△-△-△ 名前 共済太郎						
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 所属所長 職名 〇〇市長 名前 〇〇〇〇						

<添付書類>

○診療報酬領収済明細書又は医療機関発行の診療報酬明細書及び領収書

< はり・きゅうの治療を受けた場合 >

様式第4号

本人
家族

療養費・家族療養費
 入院時食事療養費
 移送費・家族移送費
 高額療養費・家族療養費附加金
 家族訪問看護療養費附加金
 一部負担金払戻金請求書

決定額	療養費 家族療養費	*	円
	入院時食事療養費	*	円
	移送費 家族移送費	*	円
	高額療養費	*	円
	一部負担金払戻金 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・番号		組合員名前		所属機関名		
△△△△-△△△△		共済太郎		〇〇市		
療	療養者名前			生年月日		
	共済花子			△△△△年△△月△△日		
	傷病名	初診年月日	療養期間	傷病の原因		
	〇〇〇〇	△△△△年△月△日	△△△△年△月△日から △△△△年△月△日まで	不詳 (第三者加害ではない)		
養	給付事由発生年月日		医療機関又は薬局名及びその所在地			
	* 年 月 日		〇〇 鍼灸治療院 〇〇市〇〇町			
	給付期間					
	* 年 月 日から 年 月 日まで		保険医療機関、保険薬局、その他			
者	療養区分	日数	療養に要した費用	適用公費	請求金額	
	入院	* 泊なし 日	10,000 円	なし	療養費 家族療養費	円
	外来	* 泊あり 日			入院時食事療養費	円
	移送の区間		移送の方法		移送費 家族移送費	円
					高額療養費	円
組合員証、組合員被 扶養者証及び 標準負担額減額 認定証を使用 できなかった理由			医師の同意により はり・きゅう治療を受けたため			
備考						
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年 △月 △日 住所 〇〇市〇〇町△-△-△ 請求者 名前 共済太郎						
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 職名 〇〇市長 所属所長 名前 〇〇〇〇						

<添付書類>

- 医師の指示又は同意書・療養費支給申請書（はり・きゅう用）
- 領収書等