

所属所受付印
年 月 日

カード番号	共済区分	
1	2	3
6	5	3

療養費・家族療養費・移送費・請求書
 家族療養費附加金・一部負担金払戻金

組合員氏名		給付 内容	療養者生年月日		※療養に要した費用										診療年月																			
組合員証番号			性別	年号	年	月	日	療養費・家族療養費																										
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			
		M W																																
療養者氏名		初診年月日			平成 年 月 日					所属機関名																								
傷病名		1 公務外 2 交通事故 (公務上及び通勤災害は請求できません。)			所属コード																													
療 家 族 療 養 費 費	療養期間	平成 年 月 日から			療養に要した費用					円					療養費 家族療養費 請求金額					円														
	移送の承認 年月日	平成 年 月 日			移送の区間										移送の方法																			
	医療機関又は 薬局名及びそ の住所											保険医療機関, 保険薬局, その他																						
	組合員証を使用 しなかった理 由																																	
※ 決 定 額	法定給付	円 × $\frac{\quad}{100} =$										円					※ 外来 日																	
	法定給付	円 × $\frac{\quad}{100} =$										円(A)					入院 日																	
	互助組合給付額	(A) — (B)										— 1,000円 =					円																	
上記のとおり請求します。																																		
公立学校共済組合広島支部長 (一財)広島県教育職員互助組合理事長 様																				〒□□□-□□□□ 請求者 住所 氏名														
平成 年 月 日																				ⓐ														
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																																		
平成 年 月 日																				職名 所属所長 氏名														
																				職印														

- 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に書いてください。
- 看護料又は移送については、看護・移送承認申請書による承認された看護の期間を超え、又は承認された移送の区間若しくは方法によらなかった場合には、「組合員証を使用しなかった理由」欄にその理由を詳しく書いてください。
- ※欄は記入しないでください。
 - 給付内容コード 療養費・家族療養費・同附加金…… 1 家族療養費・同附加金(入院分) … 4
移送費…………… E
 - 療養者生年月日欄の年号コード — 明治…1 ・大正…2 ・昭和…3 ・平成…4