

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										31	32	33	34	35									
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					
		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 ※																			
	法定給付	円 × $\frac{\quad}{100} =$ 円(A) (A) - 4,000円 = (B)										円 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 様 〒□□□-□□□□ (一財)広島県教育職員互助組合理事長 請求者 住所 平成 年 月 日 氏名 氏名 ④																															
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 氏名 職印																															

- 1 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。
- 2 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。
- 3 ※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