

療養費・一部負担金払戻金（共済）
 家族療養費・同附加金（共済）
 高額療養費（共済）
 療養補助金（互助）

請求書

1	組合員証記号番号	公立岡山			
2	組合員氏名				
3	療養者氏名				
4	療養者 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
5	療養期間	平成 令和	年	月	日
6	療養日時点の住民票がある市町村				
7	入院／通院	入院 ・ 通院			
8	医療機関名				
9	医療機関住所				
10	組合員証を使用しなかった理由				
11	購入した装具の種類				
12	療養に要した費用	円			
13	※ 療養費 家族療養費	円	14	※ 一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円
15	※ 療養補助金	円	16	※ 高額療養費	円
17	公務災害・通勤災害 非該当 の確認（確認の上、○を付してください） <small>公務災害・通勤災害に 該当 する場合、療養費等の支給対象外となります。</small>	非該当			
18	傷病名				
19	傷病の原因				
20	初診年月日	平成 令和	21	所属所コード	
22	所属所名		23	所属所住所	
上記のとおり請求します。			所属所受付印		支部（互助組合）受付印
公立学校共済組合岡山支部長 殿 （一財）岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 年 月 日 組合員（会員）住所 組合員（会員）氏名					
※欄は記入しないこと			※区分		保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他

記入例 1
 病院等で保険証（被扶養者証）を使用できなかった場合

療養費・一部負担金払戻金（共済）
 家族療養費・同附加金（共済）
 高額療養費（共済）
 療養補助金（互助）

<添付書類>
 診療報酬領収済明細書（レセプト）
 もしくは、領収書と明細書の原本

1	組合員証記号番号	公立岡山	A○○○○○			
2	組合員氏名	岡山 太郎				
3	療養者氏名	岡山 花子				
4	療養者 生年月日	昭和 平成 令和	2年 4月 24日			
5	療養期間	平成 令和	5年 10月 1日	～	平成 令和	5年 10月 1日
6	療養日時点の住民票がある市町村	岡山市				
7	入院／通院	入院 ・ 通院				
8	医療機関名	○○医院				
9	医療機関住所	岡山市北区丸の内1-2-3-4-5				
10	組合員証を使用しなかった理由	保険証を持っていなかったため				
11	購入した装具の種類	※記入不要				
12	療養に要した費用	12,000円				
13	※ 療養費 家族療養費	円	14	※ 一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円	
15	※ 療養補助金	円	16	※ 高額療養費	円	
17	公務災害・通勤災害 非該当 の確認（確認の上、○を付してください） <small>公務災害・通勤災害に 該当 する場合、療養費等の支給対象外となります。</small>	非該当				
18	傷病名	○○○○				
19	傷病の原因	○○○○○○○○				
20	初診年月日	平成 令和	5年 10月 1日	21	所属所コード	0A123
22	所属所名	△△立○○学校		23	所属所住所	○○市○○町○-○○
上記のとおり請求します。				所属所受付印		支部（互助組合）受付印
公立学校共済組合岡山支部長 殿 （一財）岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 5 年 10 月 25 日 組合員（会員）住所 ○○市○○町○-○ 組合員（会員）氏名 岡山 太郎				所属所 受付印		
※欄は記入しないこと						

記入例2
治療用装具を購入した場合

療養費・一部負担金
家族療養費・同附加金
高額療養費（共済）
療養補助金（互助）

<添付書類>
・領収書の原本（内訳書含む）
・装具装着証明書の原本（小児弱視の作成指示書は写し可）

1	組合員証記号番号	公立岡山	A○○○○○			
2	組合員氏名	岡山 太郎				
3	療養者氏名	岡山 花子				
4	療養者 生年月日	昭和 平成 令和	2年 4月 24日			
5	療養期間	平成 令和	5年 10月 1日	～	平成 令和	5年 10月 1日
6	療養日時点の住民票がある市町村	岡山市				
7	入院／通院	入院 ・ 通院				
8	医療機関名	○○眼科				
9	医療機関住所	岡山市北区丸の内1-2-3-4-5				
10	組合員証を使用しなかった理由	保険証を持っていなかったため				
11	購入した装具の種類	めがね（弱視用）				
12	療養に要した費用	30,000円				
13	※ 療養費 家族療養費	円	14	※ 一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円	
15	※ 療養補助金	円	16	※ 高額療養費	円	
17	公務災害・通勤災害 非該当 の確認（確認の上、○を付してください） <small>公務災害・通勤災害に 該当 する場合、療養費等の支給対象外となります。</small>	非該当				
18	傷病名	○○○○				
19	傷病の原因	○○○○○○○○				
20	初診年月日	平成 令和	5年 10月 1日	21	所属所コード	0A123
22	所属所名	△△立○○学校		23	所属所住所	○○市○○町○-○○
上記のとおり請求します。				所属所受付印		支部（互助組合）受付印
公立学校共済組合岡山支部長 殿 （一財）岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 5 年 10 月 25 日 組合員（会員）住所 ○○市○○町○-○ 組合員（会員）氏名 岡山 太郎				所属所受付印		
※欄は記入しないこと				※区分		保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他