

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	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	請求する理由				
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 病院等で全額負担（10割）した場合	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	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	請求する理由	全額負担したため				
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

※区分	保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他
-----	---------------------

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	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
			装着の必要を認めた日	
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	請求する理由	全額負担したため		
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
15	※ 療養補助金	円	16	※ 高額療養費
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