

療養費・家族療養費・高額療養費 請求書

組合員証	記号	番号	所属機関名（市・町・村・一部事務組合等）		
			名称		
組合員氏名			所在地		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日
療養者	氏名			生年月日	昭和 平成 令和
	続柄	※組合員証不携帯（理由：）		被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和
請求事由・組合員証を使用しなかった理由（該当欄に○・理由等記入）					
		請 求 事 由 等			給種コード
		装 具			3
		輸 血			4
		組合員証不携帯（理由：）			5
		鍼 ・ 灸 ・ マッサージ			8
		その他（）			19
傷病名			初診日	平成 令和	年 月 日
傷病の原因 （具体的内容）	第三者加害行為（該当・不該当）		初診に係る医療機関・薬局等		
療養期間	令和 年 月 日から		名称		
	令和 年 月 日まで		所在地		
領収書日付	令和 年 月 日	療養区分	保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他		
療養に 要した費用	円		請求金額	円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">請求者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
	令和 年 月 日		職名		
			所属機関の長		
			氏名		

- 備考 1 請求には、医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書、証拠書類（領収書原本等）を添付してください。
- 2 自己負担額が高額の場合は、高額療養費、一部負担金払戻金（家族療養費附加金）が支給となる場合があります。

