

決裁欄	事務局長	係長	係員	給付額決定年月日		令和 年 月 日			
				取得日・認定日		区分	六歳	一般	高齢
				昭平令	年 月 日		上位	一般	1・2・3
				喪失日		入院	外来	多数該当	多数非該当
種別	算式					支給額			
療養費 家族療養費						円			
本人・家族・合算 高額療養費						円			
一部負担金払戻金 家族療養費附加金						円			
計	診療日数		点数		円				

○ 本人 療養費請求書  
○ 家族 (兼 高額療養費・附加給付金等請求書)

組合員証	組合員証	(記号) (番号)	1 - 1234567	(氏名)	共済 太郎	男	昭平令	年 月 日	
	所属所名称	人事室							
	被扶養者 <small>※家族療養費申請時のみ記入</small>	(氏名)	共済 花子	男	昭平令	年 月 日			
	傷病名等	(傷病名)	左鎖骨骨折		(発病または負傷日)	平令	年 月 日		
		(傷病の原因の詳細)	自転車運転中にハンドル操作を誤り、自己転倒したものの。						該当
		(治療の経過)	治療中		(診療内容)	検査・投薬・装具装着			
	組合員証を使用しなかった理由(詳しく)	装具装着のため							
	診療期間	平令	年 月 日	から	日	診療に要した費用の額	金 30,000 円		
	装具購入日	平令	年 月 日						
	診療を受けた医療機関等の所在地・名称	大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院							
添付書類の表示	医師の意見書 装具装着証明書 領収書								
欄	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
	上記のとおり請求します。								
	住所		大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇						
	組合員氏名		共済 太郎						
連絡先(電話番号)		〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
大阪市職員共済組合理事長 あて									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									
令和 年 月 日									
職名									
所属機関の長 又は所属所長 氏名									

- (注) 1 医療機関等が作成した診療報酬領収済明細書(診療報酬明細書と領収書)を添付してください。  
2 診療内容が装具のときは医師の意見書、装具装着証明書と領収書を添付してください。  
なお、靴型装具の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)も添付してください。  
3 交通事故など、第三者の原因により、その傷病が発症した場合、第三者行為該当として記入してください。  
また、別途「損害賠償申告書・事故発生状況報告書」及び「念書兼同意書」の提出が必要となります。  
4 通勤途上及び公務中の負傷は、健康保険適用外です。

共済組合  
受付印