

様式第1号

決 裁 欄	事務局次長	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	低所ⅡⅠ
				喪失日	ア	イ	ウ	エ
			平令 年 月 日	入院	外来	多数該当	多数非該当	
種 別		算 式			支 給 額			
療 養 費					円			
家族療養費					円			
本人・家族・合算					円			
高額療養費					円			
一部負担金払戻金					円			
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 欄	組 合 員 証	(記号)	(番号)	(氏名)	昭・平 年 月 日生		
	所 属 所 名 称						
	被 扶 養 者 <small>※家族療養費申請時のみ記入</small>	(氏名)			昭・平・令 年 月 日生		
	傷 病 名 等	(傷病名)			(発病または負傷日)	平・令 年 月 日	
		(傷病の原因となった状況を詳しく記入してください。)				(第三者行為であるか否か)	該当 非該当
		(治療の経過)			(診療内容)		
	組合員証を使用しな かった理由(詳しく)						
	診 療 期 間	平令 年 月 日から	日間	診療に要した 費用の額	金	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						
添 付 書 類 の 表 示							
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日							
住所 _____ 組合員氏名 _____ 連絡先(電話番号) _____ 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 所属機関の長 職 名 _____ 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は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」等の提出が必要です。
 4 通勤途上及び公務中の負傷は、健康保険適用外です。