

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	1・2・3
				喪失日	ア	イ	ウ	エ
			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 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)

組合員記入欄	組合員	(記号)	(番号)	(氏名)	昭平 年 月 日生	
	所属名称					
	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)			
		(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)			
		治療中・完治・その他( )				
		健康保険資格を提示できなかった理由(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	令和 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				
組合員		住所	_____			
		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 又は所属所長		職名	_____			
		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。