

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	やむを得ず組合員証(被扶養者証)を提出できなかった場合							
				取得日・認定日	昭	平	令	年					月	日	区	分
				喪失日												
				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 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	組合員証	(記号) (番号)	(氏名)	共済 太郎		
	所属所名称	〇〇局		昭平 〇〇年〇〇月〇〇日生		
	被扶養者 <small>※家族療養費申請時のみ記入</small>	(氏名)	共済 花子		昭平 〇〇年〇〇月〇〇日生	
	傷病名等	(傷病名)	急性上気道炎		(発病または負傷日)	
		(傷病の原因の詳細)	急な発熱によるもの		平令 〇〇年〇〇月〇〇日 (第三者行為であるか否か) 該当 非該当	
	組合員証を使用しなかった理由(詳しく)	(治療の経過)	治療中 完治  その他( )		(診療内容)	検査・投薬
		外出先で被扶養者証を携帯していなかったため				
	診療期間	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日間	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	診療報酬明細書 領収書					
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						

住所と比して遠方での受診の場合は、「外出先」が旅行先や帰省先などと分かるように記載してください。

共済組合  
受付印

- (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。

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		六歳	一般	高齢
				昭平令	年			
				喪失日				
			平令	年				
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				

前保険者の資格喪失後受診に係る診療費を、前保険者に返還したとき

○ 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	組合員証	(記号) (番号)	(氏名)	
		1 - 1234567	共済 太郎	
	所属所名称	〇〇局		
	被扶養者 <small>※家族療養費申請時のみ記入</small>	(氏名)	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
	傷病名等	(傷病名)	急性上気道炎	(発病または負傷日)
		(傷病の原因の詳細)	急な発熱によるもの	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
				(第三者行為であるか否か) 該当 非該当
		(治療の経過)	治療中 完治 其他 ( )	(診療内容) 検査
	組合員証を使用しなかった理由(詳しく)	以前加入していた健康保険証を誤って使用したため。		
	診療期間	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日間	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	診療報酬明細書 領収書			
	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。

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	高歯 1・2
				昭平令 年 月 日		上位	一般	低歯
				喪失日	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 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		

治療用装具等  
を購入したとき

○ 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	組合員証	(記号) (番号)	(氏名)	
		1 - 1234567	共済 太郎	
	所属所名称	〇〇局		
	被扶養者 <small>※家族療養費申請時のみ記入</small>	(氏名)	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
	傷病名等	(傷病名)	左鎖骨骨折	(発病または負傷日)
		(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。	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
				(第三者行為であるか否か) 該当 非該当
	組合員証を使用しなかった理由(詳しく)	治療の経過	治療内容	傷病名に記入した傷病の治療を開始した日(おおよその日)を記入してください。
		装具装着のため	検査・投薬・装具装着	
	診療期間	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日間	診療に要した費用の額	金 30,000 円
装具購入日	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日		装具を購入した日(領収日)を記入してください。	
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	治療用装具製作指示装着証明書 領収書 明細書			
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