（短第１号の１）

□　療養費（訪問看護療養費）
□　家族療養費（家族訪問看護療養費）
□　高額療養費

請求書

決定額	円

所属機関名			組合員氏名				
組合員証記号番号	記号	番号	療養を受けた者の氏名				
療養を受けた者の生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日（年齢　歳）		組合員との続柄		療養を受けた者の性別	□男・□女	

傷病名	傷病の原因	初診に係る医療機関若しくは薬局名又は指定訪問看護事業者名並びにその住所

傷病の初診年月日	入院・外来	第三者行為	療養に要した費用 食事療養に要した費用	指定訪問看護に要した費用
令和　年　月　日	□ 入院 □ 外来	□ 該当 □非該当	円	円

療養又は指定訪問看護の期間	請求金額	
令和　年　月　日 から 令和　年　月　日	□ 療養費 □ 家族療養費	円
	□ 訪問看護療養費 □ 家族訪問看護療養費	円
	□ 高額療養費	円

組合員証を使用しなかった理由（当てはまるものにチェックを入れてください）

□ 治療用装具の購入　□組合員証不携帯・未交付　□海外医療機関受診
□ 治療用眼鏡装着（前回購入月：　年　月）　□弾性ストッキング等装着（前回購入月：　年　月）
□　その他　（　　）

上記のとおり請求します。

奈良県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　年　月　日　請求者　住　所
氏　名　㊞

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　所属所長　職　名
氏　名　印

領収書等（原本）貼付欄

（注）
1　この請求書を提出する場合は給付事由に応じて下記「（参考）添付書類等一覧」の書類を添えてください。
2　請求書の太枠内をご記入ください。
3　紛失等防止のため、領収書の大きさに応じて領収書貼付欄をご使用ください。
4　ご不明な点があれば共済組合までお問い合わせください。

（参考）添付書類等一覧

	装具装着	組合員証不携帯 未交付	海外医療機関 受診	弱視等治療用眼鏡 弾性ストッキング等の購入
医療機関発行の診療報酬明細書		○	○　※ （共済組合所定様式）	
領収書の原本 （医療費又は装具費）	○	○	○	○
意見書・同意書 装着指示書	○			○
装具装着証明書	○			
その他留意事項等	【靴型装具】 靴型装具の写真	他の健康保険者に医療費を返還済みの場合は、当該返還額が確認できる納付書の控え等	※ ・診療内容明細書 ・調査に関わる同意書 ・パスポートの写し ・翻訳文 支給額は国内の健康保険の基準によって算定された額から自己負担分を差し引いた額となります。	【治療用眼鏡】 ９歳未満の小児かつ更新前の眼鏡装着期間が２年以上の場合のみ療養費の支給が可能です。 （５歳未満の場合は１年以上） 【弾性ストッキング等】 購入限度は洗い替えを考慮し、装着部位毎に２着までとなります。 前回の購入から６ヶ月経過していること。