

☐療養費
☐家族療養費

請求書

(施行規程第107条、第110条関係)

所属所名		所属所所在地	
組合員等 記号番号	—	組合員氏名	

療 養 者	氏 名				続 柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)				
	資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	自己負担 割 合	2割 ・ 3割		

負担 割合 区分	乳区1 (2割)
	高区3 (2割)
	高区2 (3割)

診療を受けた 医療機関 又は薬局	所在地		県番	
	名称		医コ	

請求事由 (該当する 番号に○)	1 治療用装具の購入 2 鍼・灸・マッサージ 3 資格確認書等不携帯等 (理由：) 4 前保険者の資格確認書等使用等 5 その他 ()	療養区分	入院 ・ 入院外
		傷病名(※)	
		療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
		傷病の 初診日(※)	平成・令和 年 月 日
傷病の原因	公務 ・ 公務外	相手の有無	有り ・ 無し
療 養 に 要した費用	円	請求金額	円

(※)請求事由3、4のうち調剤分の請求は、傷病名と初診日は記入不要。

上記のとおり請求します。 新潟県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名 印 本人自ら署名する場合は押印不要です。	
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 所属所長 氏名	所属所受付印

- 〔留意事項〕
- ・ 請求事由ごとの必要添付書類については、所属所の共済組合事務担当課に照会してください。
 - ・ 公務（通勤）災害及び労災に係る療養の場合には、療養費及び家族療養費の請求をすることはできません。
 - ・ 「相手の有無」が有り（第三者行為による傷病）の場合は、別途「損害賠償申告書」等を提出してください。
 - ・ 請求事由2の場合は療養費支給申請書1件につき請求書1枚を提出してください。
 - ・ 請求事由3、4の場合はレセプト（診療報酬明細書等）1件につき請求書1枚を提出してください。

シーケンス番号		給種	診療区分	診療年月	病類コード	公費入力	共済組合受付印
		02：移送 03：装具 08：鍼灸 19：その他	11：入院 12：外来 31：歯科入院 32：歯科外来 42：調剤 62：訪問			・なし ・あり ()	
		課長	係長	係	検印	入力日	