

【記入例】

療養費 入院
 家族療養費 請求書 外来（看護科・移送科）
 高額療養費 歯科

組合員証 記号番号	地・奈良 〇〇〇〇〇〇	組合員 氏名	共済 太郎		所属名 (コード)	総務厚生センター 012200
療養者 氏名	共済 花子		生年月日 続柄	令和〇〇年〇〇月〇〇日 続柄 (妻) 年齢 (〇〇) 歳 <input type="checkbox"/> 小学校修学前		
傷病名	左足関節捻挫		初診年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
傷病の 原因	転倒	医療機関 又は薬局 名・住所	共済病院 共済薬局		<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他	
療養期間	令和〇年〇月〇日から 年 月 日まで	療養に要 した費用	② 〇,〇〇〇円	請求金額	③ 〇,〇〇〇円	
看護・移送 承認年月日		移送の 区 間		移送の方法		
組合員証を 使用しな かった理由	④					
備 考						
上記のとおり請求します。 地方職員共済組合奈良県支部 殿 令和〇年〇〇月〇〇日 住所 奈良市登大路町〇〇 請求者 氏名 共済 太郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名 公印						

- ※印欄は記入しないでください。
- 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。

決 定 額	療 養 費	※		円
	家 族 療 養 費			
	高 額 療 養 費	※		円

◆添付書類

- ・治療を受けた医療機関の証明
- ・装具装着証明書
- ・領収書（装具名明細書）原本

★添付書類は、必ず原本を提出してください。

（※市町村・税務署等へ領収書等の提出が必要な場合は、提出前にご自分でコピーをとり保管してください。）

※自費診療の場合は

- ・医療機関等の窓口で支払った領収書（原本）
- ・医療機関等の発行する「診察内容明細書（レセプト）」（「診察報酬領収清明細書（医科・歯科・整復分があります）」を印刷し、医療機関の記入・領収印を受けたものでもご提出いただけます）

【注意】

自費診療のときは、保険適用による場合の医療費よりも高くなりますが、共済組合からの支給額は保険点数で計算するため、実際に立て替えた額よりも少なくなる場合があります。

※海外での診療の場合、医療費が高額になることがあります。共済組合からの支給額は実際にかかった費用ではなく、保険診療ルールに則って算定した額をもとに決定されます。なお、実際にかかった費用が保険診療ルールに則って算定した額よりも低かった場合は、実際にかかった費用をもとに決定することとなります。審査会社を通じて算定されるので、給付には日数を要します。

① 自費診療の場合は受診の月初日を記入してください。

※2ヶ月以上に渡る場合は、月別に請求書と診療内容明細が必要です。

※小児弱視等の治療用眼鏡は9歳未満が対象となります。

5歳未満は更新前装着期間が1年以上、5歳以上は更新前装着期間が2年以上ないと対象となりません。

※弾性着衣は一度の購入につき装着部位ごとに2着まで、前回の購入から6ヶ月が経過していないと対象となりません。

② 領収書金額を記入してください。

※小児眼鏡・弾性着衣は上限額があります。

高価なものを購入した場合であっても、上限額から自己負担額を控除した金額しか支給されません。

③ ・小学校入学前…8割

・小学校入学後から69歳まで…7割

・70歳から74歳まで…8割 ※現役並みの所得者は7割

④ ・装具を装着した

・小児弱視眼鏡を購入した

・リンパ浮腫治療のため弾性ストッキングを購入した

・保険証を持っていなかった、保険証の交付待ちのため 等

給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から2年間行わないときは、時効によって消滅します。

給付を受ける権利の消滅時効の起算日は、療養費又は家族療養費の場合、医療機関等に療養の費用を支払った日の翌日となります。