

療養費・家族療養費請求書

組合員又は被扶養者が公務によらず病気やケガをした場合、組合員証を使用することが原則ですが次のような場合にやむを得ず全額支払ったときは現金給付として、**療養費・家族療養費**が支給されます。

※②、③については耐用年数および年齢による使用年数が定められていますので、**2回目以降の購入については支給対象外となる場合がありますので、作成前にお問い合わせください。**

| | 事由 | 添付書類 |
|---|--|---|
| ① | やむを得ない事情で、組合員証を使用できなかったとき | 診療報酬領収済明細書又は診療報酬明細書・領収書 |
| ② | 治療用装具を購入したとき | 装着証明書（装着必要証明書）・領収書 （靴型装具のみ現物の写真） |
| ③ | 9歳未満の「弱視」「斜視」の治療用眼鏡 （コンタクトレンズも含む） | 保険医の作成指示書等の写し又は 保険医の証明書 （弱視、斜視等の明記がしてあるもの）・領収書 |
| ④ | 輸血の血液代を払ったとき （親子、夫婦、兄弟等の親族から提供を受ける場合は対象外） | 輸血を必要とする保険医の証明書・領収書 |
| ⑤ | 海外で診療を受けたとき | 診療報酬領収済明細書又は診療報酬明細書・領収書 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し 海外療養の内容について照会することに関する同意書 |
| ⑥ | はり・きゅう・マッサージ師などの施術を受けたとき | 主治医の同意書・施術証明書・領収書 |

注）領収書は原本を添付してください。

⑤は日本語で作成されていない場合は、日本語の翻訳文も必要となります。

【 支給金額 】

支払った金額の7割※相当分（円未満切捨て）

（ただし、厚生労働省の定める支給基準により算定します。）

※小学校入学前は8割相当分、70歳以上の高齢受給者は生年月日・所得に応じて7割～8割相当分

下記、搬送に関する費用については療養費・家族療養費の支給対象となります

| | 目的 | 内 容 |
|---|----------|--|
| A | 骨髄移植 | 骨髄採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び骨髄を採取した場合における搬送に要した費用 |
| B | 臍帯血移植 | 保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用 |
| C | 同種死体腎移植術 | 死体（脳死体を除く）から移植のための腎採取を行う際に要した費用及び搬送した場合に要した費用 |
| D | 輸血用の血液 | 近辺から血液が得られないため、やむを得ず遠方から血液を取り寄せた場合に要した費用（保存用の氷等は対象外） |

【 添付書類 】 ・移送を必要とする意見書（短－1ページ） ・領収書(原本)

【 支給金額 】 搬送については、最も経済的な通常の経路及び方法で移送された場合の旅費に基づいて算定した額。 （現に要した費用の金額を限度とします）

算定方法： A～C 移送費に基づく D 療養費に基づく

(組合提出用)

別紙様式第1号(給付用) 給付決定書

| | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|----------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| 令和 | 年度 | 保健給付 | 種別 | | |
| ※ | 金 | | | | 起案年月日 |
| | | | | | 執行年月日 |
| 上記の金額を支給する。 | | | | | |
| 事務局長 | 次長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主 |
| | | | | | |
| 備考 | | | | | |
| 療養費 訪問看護療養費 請求書 家族療養費・家族訪問看護療養費 | | | | | |
| 組合員証 | | 組合員氏名 | 共済 太郎 | | 所属機関名 |
| 記号 | 536 | 番号 | 25 | | |
| 療養者氏名 | 共済 太郎 | | 生年月日 | S (H) R O 年 4 月 15 日 | |
| 傷病名 | 腰痛症 | | 傷病の原因 | 自宅で転倒した | |
| 初診年月日 | 平成 | 〇年 4 月 3 日 | 医療機関又は薬局名及びその住所 | 〇〇市藪田1-2-3 〇〇整形外科 | 保険医療機関 保険薬局 その他 |
| 療養期間 | 令和 | 〇年 4 月 7 日から | 療養に要した費用 | 23,278 円 | 請求金額 |
| | 令和 | 年 月 日まで | | | 16,294 円 |
| ①⑤⑥のとき 診療を受けた日 | 使用しなかった理由(具体的に) | | | | |
| ②③のとき 保険医の診断日 | 業者 ^① に装具作製を依頼したため | | | | |
| ④のとき 領収書の日付 | のとおりに請求します。 | | | | |
| | 県市町村職員共済組合理事長 様 | | | | |
| | 〇年 4 月 10 日 | | | | |
| | 住所 | 〇〇市 藪田南5-14-53 | | | |
| | 請求者氏名 | 共済 太郎 | | | |
| | 載事項に誤りがないことを確認しました。 | | | | |
| | 〇年 4 月 10 日 | | | | |
| | 職名 | 〇〇〇〇長 | | | |
| | 所属所長氏名 | △△△△ | | | |

療養に要した費用の
7割～10割を記入
(1円未満の端数は切捨て)

【①～⑥およびDのとき】
組合員証、被扶養者証を病院で提示した場合の自己負担割合を10割から差し引いた割合
《例》
・70歳未満の場合
10割-3割=7割
・小学校入学前の場合
10割-2割=8割

【A～Cのとき】
移送費に基づく(10割)

①⑤⑥のとき
診療を受けた日
②③のとき
保険医の診断日
④のとき
領収書の日付

組合員証を使用できなかった具体的な理由を記入してください。

1. 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。
2. 入院・外来の欄は、どちらか該当する方に○を付けてください。
3. ※欄は記入しないでください。