

療 養 費 請 求 書

家 族 療 養 費

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市	組合員 氏 名		所 属	
療養者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
傷 病 名		初 診 日	令和 年 月 日		
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中 <input type="checkbox"/> その他の病気・けが				
診療を受けた 医療機関等	(名称) (所在地)	<input type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他			
診療等の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	診療等に要した費用	円		
請 求 理 由	<input type="checkbox"/> 治療用装具等の購入・作成 <input type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書を所持していなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()				
上記のとおり請求します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住 所 組合員 氏 名 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号				所 属 所 確 認 欄 (課 収 受 印)	

【添付書類】 いずれも原本が必要です。

治療用装具・・・医師の治療用装具製作指示装着証明書と領収書

マイナ保険証等未提示・・・診療報酬明細書（通称「レセプト」、診療明細書とは異なります。）と領収書

【支給】

共済組合に登録されている口座に振り込まれます。

共 済 組 合 受 付 印	共 済 組 合 処 理 欄		
決定額	療 養 費		円
	家 族 療 養 費		円