

療 養 費 請
家 族 療 養 費

記 入 例
(組合員証未提示)

組合員証 記号番号	仙 市 1234567	組合員 氏 名	仙 台 太 郎	所 属	〇〇局 △△課
療養者氏名	仙 台 一 郎		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30 年 5 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和	
傷 病 名	インフルエンザ		初 診 日	令 和 6 年 4 月 5 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 checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが				
診療を受けた 医療機関等	(名称) △□クリニック (所在地) 仙台市〇〇区□□町1-1	<input checked="" 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 6 年 4 月 5 日 から 令和 6 年 4 月 6 日 まで	診療等に要した費用	20,000 円		
組合員証を 使用しなかった 理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具等の購入・作成 <input checked="" type="checkbox"/> 組合員（被扶養者）証を所持していなかったため <input type="checkbox"/> その他（)			領収書記載の金額	
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 6 年 4 月 30 日 住 所 仙台市△△区□□町3-2-1 組合員 氏 名 仙 台 太 郎 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 内 線 777-1234 電 話 番 号				所 属 所 確 認 欄 (課 収 受 印) 所属課で 文書收受印を 押印	

【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

組合員証未提示・・・診療報酬明細書と領収書

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

療 養 費
家 族 療 養 費

記 入 例
(治療用装具購入・作成)

組合員証 記号番号	仙 市 1234567	組合員 氏 名	仙 台 太 郎	所 属	〇〇局 △△課
療養者氏名	仙 台 花 子		生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 40 年 5 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和	
傷 病 名	腰 椎 椎 間 板 ヘルニア		初 診 日	令 和 6 年 4 月 5 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 checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが				
診療を受けた 医療機関等	(名称) △ <input type="checkbox"/> 整形外科				<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他
	(所在地) 仙 台 市 〇 〇 区 □ □ 町 1 - 1				
診療等の期間	令和 6 年 4 月 5 日 から	診療等に要した費用	20,000 円		
	令和 6 年 4 月 20 日 まで				
組合員証を 使用しなかった 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等の購入・作成 <input type="checkbox"/> 組合員（被扶養者）証を所持していなかったため <input type="checkbox"/> その他（ ）				領収書記載の金額
上記のとおり請求します。				所 属 所 確 認 欄 (課 収 受 印)	
仙 台 市 職 員 共 済 組 合 理 事 長 様				所 属 課 で 文 書 収 受 印 を 押 印	
令 和 6 年 4 月 30 日					
住 所 仙 台 市 △ △ 区 □ □ 町 3 - 2 - 1					
組 合 員 氏 名 仙 台 太 郎 (自署又は記名押印)					
日 中 連 絡 先 電 話 番 号 内 線 777-1234					

【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

組合員証未提示・・・診療報酬明細書と領収書

【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 処 理 欄			
共 済 組 合 受 付 印			
決 定 額	療 養 費		円
	家 族 療 養 費		円