

様式第1号

決 裁 欄	事務局次長	係長	係員	給付額決定年月日	令和 年 月 日
				取得日・認定日	
				昭平令 年 月 日	
				喪失日	
令 年 月 日	入院 外来 多数該当 多数非該当				
種別	算式			支給額	
療養費				円	
家族療養費					
本人・家族・合算				円	
高額療養費					
一部負担金払戻金					
家族療養費附加金					
計	診療日数	点数		円	

やむを得ずマイナ保険証又は資格
確認書を提出できなかった場合

○ 本人 療養費請求書
○ 家族 (兼 高額療養費・附加給付金等請求書)

組 合 員 記 入 欄	組合員	(記号) (番号)	(氏名)
		1 - 1234567	共済 太郎
	所属所名称	〇〇局	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生
	被扶養者	(氏名)	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生
		共済 花子	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	傷病名等	(傷病名)	(発病または負傷日)
		急性上気道炎	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		(傷病の原因の詳細)	(第三者行為であるか否か)
		急な発熱によるもの	該当 非該当
		(治療の経過)	(診療内容)
	治療中 完治 其他	検査 投薬	
健康保険資格を提示できなかった理由(詳しく)	外出先で資格確認書を携帯していなかったため		住所と比べて遠方での受診の場合は、「外出先」が旅行先や帰省先などと分かるように記載してください。
診療期間	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日間	診療に要した費用の額	金 30,000 円
装具購入日	令和 年 月 日		
診療を受けた医療機関等の所在地・名称	大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院		
添付書類の表示	診療報酬明細書 領収書		
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	上記のとおり請求します。		
	組合員	住所	大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇
		氏名	共済 太郎
		連絡先(電話番号)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	大阪市職員共済組合理事長 あて		
	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	所属機関の長 職名	
		氏名	

- (注) 1 医療機関等が作成した診療報酬領収済明細書(診療報酬明細書と領収書)を添付してください。
2 診療内容が装具のときは医師の意見書、装具装着証明書と領収書を添付してください。
なお、靴型装具の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)も添付してください。
3 交通事故など、第三者の原因により、その傷病が発症した場合、第三者行為該当として記入してください。
また、別途「損害賠償申告書・事故発生状況報告書」及び「念書兼同意書」の提出が必要となります。
4 通勤途上及び公務中の負傷は、健康保険適用外です。

共済組合
受付印

様式第1号

決 裁 欄	事務局次長	係 長	係 員	給付額決定年月日	令和	年	月	日
				取得日・認定日		六歳	一般	高齢
				昭平令	年			
				令	年			
前保険者の資格喪失後受診に係る診療費を、前保険者に返還したとき								
種 別		算 式				支 給 額		
療 養 費						円		
家族療養費								
本人・家族・合算						円		
高額療養費								
一部負担金払戻金								
家族療養費附加金								
計		診療日数		点数		円		

○ 本人 療 養 費 請 求 書
○ 家族 (兼 高額療養費・附加給付金等請求書)

組 合 員 記 入 欄	組 合 員	(記号) (番号)	(氏名)	
		1 - 1234567	共済 太郎	
	所 属 所 名 称	〇〇局		
	被 扶 養 者 ※家族療養費申請時のみ記入	(氏名)	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
	傷 病 名 等	(傷病名)	急性上気道炎	(発病または負傷日)
		(傷病の原因の詳細)	急な発熱によるもの	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
				(第三者行為であるか否か) 該当 非該当
	健康保険資格を提示できなかった理由(詳しく)	以前加入していた健康保険証を誤って使用したため。		
	診 療 期 間	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日間	診療に要した費用の額	金 30,000 円
	装 具 購 入 日	令和 年 月 日		
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 所 在 地 ・ 名 称	大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院			
添 付 書 類 の 表 示	診療報酬明細書 領収書			
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
上記のとおり請求します。				
組合員 住所 大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇				
氏名 共済 太郎				
連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
大阪市職員共済組合理事長 あて				
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				
所属機関の長 又は所属所長		職 名	所属所(市長部局にあっては総務事務センター)において証明しますので、記入する必要はありません。	
		氏 名		

- (注) 1 医療機関等が作成した診療報酬領収済明細書(診療報酬明細書と領収書)を添付してください。
2 診療内容が装具のときは医師の意見書、装具装着証明書と領収書を添付してください。
なお、靴型装具の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)も添付してください。
3 交通事故など、第三者の原因により、その傷病が発症した場合、第三者行為該当として記入してください。
また、別途「損害賠償申告書・事故発生状況報告書」及び「念書兼同意書」の提出が必要となります。
4 通勤途上及び公務中の負傷は、健康保険適用外です。

共済組合
受付印

様式第1号

決裁欄	事務局次長	係長	係員	給付額決定年月日	令和	年	月	日
				取得日・認定日	区分	六歳	一般	高齢 1・2
				昭平令 年 月 日		上位	一般	低月
				喪失日	令	年	月	日
				入院	外来	多数該当	多数非該当	
種別		算式				支給額		
療養費						円		
家族療養費								
本人・家族・合算						円		
高額療養費								
一部負担金払戻金								
家族療養費附加金								
計		診療日数		点数				

治療用装具等
を購入したとき○ 本人 療養費請求書
○ 家族 (兼 高額療養費・附加給付金等請求書)

組合員 記入欄	組合員	(記号) (番号)	(氏名)	
		1 - 1234567	共済 太郎	
	所属所名称	〇〇局		
	被扶養者 ※家族療養費申請時のみ記入	(氏名)	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
	傷病名等	(傷病名)	左鎖骨骨折	(発病または負傷日)
		(傷病の原因の詳細)	自転車運転中にハンドル操作を誤り、自己転倒したものの。	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		(第三者行為であるか否か)	該当	非該当
	健康保険資格を提示できなかった理由(詳しく)	(治療の経過)	治療中・完治・その他()	(診療内容)
		装具装着のため		検査・投薬・装具装着
	診療期間	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日間	診療に要した費用の額	金 30,000 円
装具購入日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
診療を受けた医療機関等の所在地・名称	大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院			
添付書類の表示	治療用装具製作指示装着証明書 領収書 明細書			
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
上記のとおり請求します。				
組合員		住所	大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇	
		氏名	共済 太郎	
		連絡先(電話番号)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
大阪市職員共済組合理事長 あて				
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		所属機関の長 職名		
		氏名		

傷病名に記入した傷病の
治療を開始した日(おおよ
その日)を記入してくださ
い。装具を購入した日(領収
日)を記入してください。所属所(市長部局にあっては総務事務
センター)において証明しますので、
記入する必要はありません。共済組合
受付印

- (注) 1 医療機関等が作成した診療報酬領収明細書(診療報酬明細書と領収書)を添付してください。
- 2 診療内容が装具のときは医師の意見書、装具装着証明書と領収書を添付してください。
なお、靴型装具の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)も添付してください。
- 3 交通事故など、第三者の原因により、その傷病が発症した場合、第三者行為該当として記入してください。
また、別途「損害賠償申告書・事故発生状況報告書」及び「念書兼同意書」の提出が必要となります。
- 4 通勤途上及び公務中の負傷は、健康保険適用外です。