

記載例

記号は下記のとおり記入してください。
職員の方は、「9700」
任意継続組合員の方は、「9720」

番号は、職員の方は職員コードを、
任意継続組合員の方は、組合員証に記載された番号を記入してください。

療養費 家族療養費 請求書

請求者（組合員等）記入欄	組合員証	(記号) 9700	(番号) ●●●●●	所属機関 名称	所属機関の名称及び所在地は、所属の名称及び住所を記入してください。 任意継続組合員の方は記入不要です。 総務正回局 人事部 福利厚生課		
	組合員氏名	共済 太郎		所在地	福岡市中央区天神1丁目8番1号		
	療養者の氏名	共済 一郎		療養者の生年月日・性別	H18 年 7 月 18 日 男 ・女		
	傷病名	左変形性膝関節症		傷病の原因	自然発生		
	初診日	R1年6月10日		医療機関又は薬局の名称	●●●●●病院 福岡市南区●●●-●●-●●		
	療養期間	R1年6月10日から R1年6月12日まで		療養に要した額	6,798 円	請求金額	4,758 円
組合員証を使用しなかった理由 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具の購入 <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> 立替払(組合員証を持参しなかった理由) <input type="checkbox"/> その他()				請求金額は、療養に要した額に7割(6歳未満の場合及び70歳以上の場合は8割)を掛けた金額をご記入ください(円未満切り捨て)。 ※ 装具等の支給金額には上限がありますので、それ以上の場合は上限金額まで支給します。			
上記のとおり請求します。 (あて先) 福岡市職員共済組合理事長 令和元 年 7 月 19 日				請求者	〒 ●●●-●●●● 福岡市中央区●●●-●●-●● 氏名 共済 太郎 連絡先 (自宅(携帯)) 090-××××-△△△△		

委任状	私は、.....を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日	請求した 組合員・家族 療養費の受領に関すること。
	年 月 日	
	組合員の氏名(※) (※)本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。
	代理人の住所	〒
	(フリガナ)	
	代理人の氏名
	振込依頼先	銀行 店 口座番号 (普通・当座)

- 《 必要な添付書類 》
- 治療用装具の場合..... 領収書原本、見積書、療養上必要である医師の診断書
 - 弾性着衣の場合..... 領収書原本、装着指示書
 - 小児弱視等治療用眼鏡の場合..... 領収書原本、処方箋(担当医より治療上眼鏡を必要とする旨記載されたもの)
 - 立替払いの場合..... 領収書原本、診療報酬明細書(レセプト)
 - 海外療養費の場合..... 領収明細書、診療内容明細書及び翻訳書、渡航確認書類
 - はり・きゅう・マッサージの場合..... 療養費支給申請書、領収書原本(療養費支給申請書に費用領収の旨の記入があれば不要)等
- * 本請求書に記載された個人情報、当該給付金支給のために利用します。
- * 支給が決定しましたら、決定通知書を送付します。決定に不服があるときは、行政不服審査法により、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で、福岡市職員共済組合審査会に審査請求をすることができます。また、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、当共済組合を被告として提起することができます。