

組合員証(保険証)の左上「記号」と右上「番号」を確認のうえ記入してください。
 ※英字は入りません。数字のみです。なお、保険者番号「32010316」ではありません。

※この頁は記載例です。
 請求に使う様式は、次頁にあります。

療養費・家族療養費等 請求書【記載例・注意事項補足】

組合員証 記号 1 - 20123456	組合員氏名 (フリガナ) ケイリュウ ソウイチロウ 溪流 荘一郎	局(区等)から記入してください。 ●●局▲▲部■課 (所属TEL. ×××)	
	療養者氏名 溪流 花子	療養者生年月日及び性別 昭和 20年 5月 5日 男 平成 女	医療費助成・公費負担適用 無 (有)子ども医療
	傷病名 左肩脱臼	傷病の原因 1 交通事故など他人によるもの 2 公務中または通勤中 3 その他の私病 ※併発提出 不明の場合は空欄で構いません。	初診日 昭和 23年 2月 1日 平成
	医療機関・義肢製作所等 (名称) ★★義肢製作所 (所在地) 札幌市●●区▲▲9条8丁目7番6号	診療期間 23年 2月 1日から 23年 2月 7日まで 入院・外来にて 7日間の療養	診療に要した費用 99,900円 請求金額
	組合員証等を使用しなかった理由 1 治療用装具作成のため 2 治療内容が不明なため 3 はり・灸等の施術のため 4 入院・外来にて 5 その他 (理由:)	治療中の場合は空欄で構いません。	通常は7割分のことです。不明の場合は空欄で構いません。
振込金融機関 ※組合員名義	本店 預金種目 口座番号(右詰め) 支店 普通 1234567	振込先金融機関・本店支店名・口座名義人・口座種別・口座番号が確認できる通帳等のコピーを添付してください。 (※ゆうちょ銀行の場合、振込用の支店名(3桁)と口座番号(7桁)の記載がある通帳のコピー等に限りです。)	
上記のとおり (あて先)札幌市職員共済組合 理事長 平成 25年 3月 1日 組合員	住所 T000-0000 札幌市○○区△△1条2丁目3番4-506号	氏名 溪流 荘一郎	
所属長記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます 平成 25年 3月 1日	任意継続組合員や退職後に請求する場合、所属長欄記入不要	職名 ●●局▲▲部■課長 氏名 札幌 みどり

【添付書類】
 組合員名義の金融機関口座(普通または総合)の通帳又はキャッシュカード
 1 治療用装具……医師の証明書・指示書と領収書
 2 組合員証未提示 診療報酬明細書(レセプト)と領収書
 3 はり灸等施術……療養費支給申請書と医師の同意書、領収書
 4 院外処方合算……当月分の医科外来及び調剤薬局の領収書
 ※ いずれも領収書は原本が必要ですが、返却希望の方にはお返ししますので、あらかじめその旨をお伝えください

添付書類を確認のうえ、庁内メール等で「札幌市職員共済組合」宛にお送りください。
 ※お持ちいただく必要はありません。
 医療機関等が患者に診療内容を伝えるための「明細書」等では代用できません。レセプト(=診療(または調剤)報酬明細書)が必要です。

【注意事項】 領収書の原本返却を希望する方は付せんなどでその旨明示してください。
 ○ この請求書は、個人ごと・診療月ごと・医療機関ごと(院外処方合算を除く。)に一枚ずつ必要です。
 ※この頁は記載例です。請求に使う様式は、次頁にあります。

シケンス番号	4 0 0 0	高130・家410・一510	共済組合決裁欄
療養費区分	1 療養費 2 代理療	療養費	課長 係長 係
診療区分	3 装具 5 証未提示 6 併発	療養費	
診療年月	年 月 日	療養費	
指小日	年 月 日	療養費	

▼ 共済給付金の支給時期について…

この請求による共済給付金は、通常毎月10日締めで、月末に指定口座への振込で支給しています。
 (例:3月12日提出→4月10日締め→4月末支給)

ただし、診療内容等の点検・審査、医療機関等の確認に日数を要することがあり、長い場合は数ヶ月かかることがあります。支給可否や支給金額が決定された場合は、別途通知文書で組合員あてに通知します。文書の内容をご確認ください。

療養費・家族療養費等 請求書

組合員 記入欄	組合員証 記号 番号 <small>※保険証左上の「記号」と右上の「番号」です。</small> —	組合員氏名 (フリガナ)	所属 (所属TEL)		
	療養者氏名	療養者生年月日及び性別 昭和 年 月 日 男 平成 年 月 日 女	医療費助成・公費負担適用 無 有()		
	傷病名	傷病の原因 1 交通事故など他人によるもの 2 公務中又は通勤中 3 その他の私病 <small>※第三者行為による負傷の場合は、「損害賠償申告書」を提出してください。</small>	初診日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		
	医療機関・義肢製作所等 (名称) <input type="checkbox"/> 保険医療機関 (所在地) <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他	診療期間 年 月 日から 年 月 日まで 入院・外来 にて 日間の療養	診療に要した費用 円 請求金額 円		
	組合員証等を使用しなかった理由	1 治療用装具作成のため 2 証未提示のため(理由:) 3 はり・灸等の施術のため(年 月) 4 院外処方合算のため(年 月) 5 その他 (理由:)			
	振込先金融機関 <small>※組合員名義</small>	銀行 金庫 組合	本店 支店 部	預金種目 普通	口座番号(最大7桁・右詰め) <small>ゆうちょ銀行は振込用の口座番号(7桁)</small>
上記のとおり請求します。 (あて先) 札幌市職員共済組合 理事長 平成 年 月 日 住所 組合員 氏名 印					
所属長記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職名 所属長 氏名 印 <small>※任意継続組合員の方は記入不要です。</small>				

【添付書類】

- 組合員名義の普通預金口座の通帳又はキャッシュカードの写し
 - 1 治療用装具…… 医師の証明書と領収書
 - 2 組合員証未提示・診療報酬領収済明細書(レセプト)と領収書
 - 3 はり灸等施術……療養費支給申請書と医師の同意書、領収書
 - 4 院外処方合算……当月分の医科外来及び調剤薬局の領収書
- ※ いずれも領収書は原本が必要ですが、返却希望の方にはお返ししますので、あらかじめその旨をお伝えください。

【注意事項】

- この請求書は、個人ごと・診療月ごと・医療機関ごと(院外処方合算を除く。)に一枚ずつ必要です。

共済組合 記入欄	シーケンス番号	4 0 0 0	高130・家410・一510 —	共済組合決裁欄			
	療養費区分	1 療養費 2 代理療養費	多数回適用 有 無	事務局長	課長	係長	係
	診療区分	3 装具 5 証未提示 6 出生認定前 7 柔道整復 8 はり灸	所得区分 上位 一般 低所				
	診療年月	年 月 日間	決定金額	療養費・家族療養費	円		
	指示日	年 月 日	金額	高額療養費	円	附加金 家・一	円