様式第25号

療養費・一部負担金払戻金 / (家族療養費) 家族療養費附加金 高額療養費 請求書（第　回）

所属所名（市町村等名）	○○市		組合員	氏名	共済　太郎	
組合員証記号番号	所属コード: 999	組合員証番号: 9999		生年月日	(昭)平 ○年 ○月○日	
療養者氏名	共済　花子			療養者生年月日	(昭)平令 ○年 ○月○日	年齢 ○歳
療養の内容	体幹装具		傷病	原因	〈例〉第三者行為以外によるもの	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア			経過	良好	
初診年月日	年　月　日					
療養期間	自　年　月　日 至　年　月　日 （　日間）		入院期間		自　年　月　日 至　年　月　日 （　日間）	
医療機関名 薬局名 住所	○○病院 ○○市○○町１－１				保険医療機関 保険薬局・その他 （該当するものを○で囲むこと。）	
医師の氏名	※		要加療期間		※ 自　年　月　日 至　年　月　日 （　日間）	
同意年月日	※　年　月　日					
組合員証を使用しなかった理由	（別紙）					
療養に要した費用	30,000　円		請求金額		21,000　円	

上記のとおり請求します。

埼玉県市町村職員共済組合理事長　様

令和 ○ 年○ 月○ 日

請求者　郵便番号　330-0064
住所　さいたま市浦和区岸町7-5-14
氏名　共済　太郎

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

所属所長　○○市長　埼　玉　一　郎

共済組合使用欄

決定伺

給付名	給付金額	給付名	給付金額
療養費		家族療養費	
一部負担金払戻金		家族療養費附加金	
高額療養費		高額療養費	
合計金額		合計金額	

課長		主幹		主査		係		照合		備考	

整理番号	F	

「注」1、療養費（家族療養費）の請求の場合には、この請求書に診療報酬領収済明細書を添えること。また、組合員証を使用しなかった理由欄は詳細に記入のこと。
2、輸血の場合又は、コルセット等の材料の場合は、医師の必要証明書及び代金受領者の領収書を添えること。
3、マッサージ、はり、きゅうの場合は、医師の同意書及び代金受領者の領収書（施術日の判るもの。）を添えること。
4、※欄は、はり、きゅうの場合において、初療の日から三ヵ月を超える時点で更に施術が必要な場合に記入のこと。この場合医師の同意書は必要としないこと。