

【記入例】(医師の指示で補装具を購入したとき)

の枠内を記入してください。

下記の 支払を	銀行名(銀行コード)	支店名(支店番号)	口座番号	氏名	に振込く ださい。
	銀行コード()	支店番号()	普通預金	フリガナ カガワ タロウ	
	〇〇〇銀行	□□支店	01234567	香川 太郎	

支 出 計 算 書							※振込先は組合員本人名義口座に限ります。	
支 部 長	局 長	部 長	課 長	課長補佐	係 長	係 員		
※ 決裁年月日		令和 年 月 日		※決定金額	法定給付 附加給付	円		
					計	円		

療 養 費 一部負担金・返戻金 家族療養費・附加金 高 額 療 養 費										
組合員証記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0				初 診 年 月 日	昭和・平成・令和 3 1 年 9 月 1 0 日				
組 合 員 氏 名	香川 太郎				傷 病 名	第一腰椎圧迫骨折				
療 養 者 氏 名	香川 花子		本人・	家族	傷 病 の 原 因	高所から転落したため				
療養者生年月日	昭和・平成・令和 5 年 1 月 3 日		続柄	妻	療 養 期 間	2 年 3 月 1 日 から まで (外来) 日間				
療養に要した費用	4 7, 5 8 6 円				医療機関又は薬局の 住 所 及 び 氏 名	香川県高松市幸町1-2-3 医療法人 ○○整形クリニック ○○ ○○	保険医療 機 関 保険薬局 そ の 他	※ 医療機 関区分 ※ 所 区 在 分		
請 求 額	療 養 費	円		高 額 療 養 費						円
	法 定 給 付 附加給付等	円		合 計						円
	計	円								円
組合員証を使用しな か っ た 理 由	裏面のとおりに 昭・平・令									
過去の高額療養費の 支 給 状 況 等										

上記のとおり請求します。		※直筆でお書きください		所 属 部 課 名	工 学 部
令和 2 年 3 月 4 日	請求者	住 所	香川県高松市幸町3-3-3	氏 名	香川 太郎
文部科学省共済組合 香川大学支部長 殿					

(注) 裏面の注意書をよく読んで記入してください。

理 由

治療用器具装着のため

- (注)
- 1 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
 - 2 高額療養費については、組合員又はその被扶養者が同一の月にそれぞれの一の病院、診療所、薬局その他の医療機関から受けた療養（入院時に係る食事療養を除く。）又は、指定訪問看護事業者から受けた指定訪問看護（自己負担額が3万円（低所得者については2万1千円）以上のものに限る。）についてそれぞれ請求書を作成（「請求額」欄は記載不要）し、更にそれらを合算した請求書と共に提出して下さい。
 - 3 高額療養費については、令第11条の3の2第3項に規定する「なお負担すべき額」があった場合は、その額を「療養に要した費用」欄に別書し、その「なお負担すべき額」に関する証拠書類を添付して下さい。
 - 4 高額療養費の支給を受けようとする療養のあった月以前12月間に受けた療養について、組合から令第11条の3の2第1項、第3項、第6項又は第7項の規定による高額療養費の支給を既に3回以上受けたときは、その月及び金額を「過去の高額療養費の支給状況等」欄に記入して下さい。
 - 5 高額療養費が令第11条の3の2第7項の規定によるものであるときは、同項各号に該当することを証明する書類を添付して下さい。
 - 6 ※印欄は記入しないで下さい。
 - 7 13 欄は、入院＝1、外来＝2、歯科入院＝3、歯科外来＝4、薬剤＝5の別を記入して下さい。

【記入例】(組合員証を使わず受診したとき)

の枠内を記入してください。

下記の 支払を	銀行名(銀行コード)	支店名(支店番号)	口座番号	氏名	に振込く ださい。
	銀行コード()	支店番号()	普通預金	フリガナ カガワ タロウ	
	〇〇〇銀行	□□支店	01234567	香川 太郎	

支 出 計 算 書							※振込先は組合員本人名義口座に限ります。	
支 部 長	局 長	部 長	課 長	課長補佐	係 長	係 員		
※ 決裁年月日	令和 年 月 日			※決定金額	法定給付 円	円		
					円	円		
					円	円		

療 養 費 一部負担金・返戻金 家族療養費・附加金 高 額 療 養 費	請 求 書
--	-------

組合員証記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0	初 診 年 月 日	昭和・平成・令和 2 年 2 月 3 日				
組 合 員 氏 名	香川 太郎		傷 病 名	風邪			
療 養 者 氏 名	香川 大	本人・ <u>家族</u>	傷 病 の 原 因	不詳			
療養者生年月日	昭和・平成・令和 1 年 1 2 月 3 日	続柄	子	療 養 期 間	2 年 2 月 3 日 から まで (外来) 日間		
療養に要した費用	8, 1 2 0 円		医療機関又は薬局の 住 所 及 び 氏 名	香川県高松市幸町4-5-6 □□内科医院 □□ □□	保険医療 機 関 保険薬局 そ の 他	※ 医療機 関区分	
請 求 額	療 養 費	高 額 療 養 費				※ 所 在 分	
	法 定 給 付 附加給付等	円 円					合 計
	計	円					円
組合員証を使用しな か っ た 理 由	裏面のとおり						
過去の高額療養費の 支 給 状 況 等							

上記のとおり請求します。	※直筆でお書きください	所 属 部 課 名	工 学 部
令和 2 年 3 月 4 日	請求者	住 所	香 川 県 高 松 市 幸 町 3 - 3 - 3
文部科学省共済組合 香川大学支部長 殿		氏 名	香 川 太 郎

(注) 裏面の注意書をよく読んで記入してください。

理 由

外出時に急に体調が悪くなり、組合員証を持たずに医療機関で受診したため。

- (注)
- 1 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
 - 2 高額療養費については、組合員又はその被扶養者が同一の月にそれぞれの一の病院、診療所、薬局その他の医療機関から受けた療養（入院時に係る食事療養を除く。）又は、指定訪問看護事業者から受けた指定訪問看護（自己負担額が3万円（低所得者については2万1千円）以上のものに限る。）についてそれぞれ請求書を作成（「請求額」欄は記載不要）し、更にそれらを合算した請求書と共に提出して下さい。
 - 3 高額療養費については、令第11条の3の2第3項に規定する「なお負担すべき額」があった場合は、その額を「療養に要した費用」欄に別書し、その「なお負担すべき額」に関する証拠書類を添付して下さい。
 - 4 高額療養費の支給を受けようとする療養のあった月以前12月間に受けた療養について、組合から令第11条の3の2第1項、第3項、第6項又は第7項の規定による高額療養費の支給を既に3回以上受けたときは、その月及び金額を「過去の高額療養費の支給状況等」欄に記入して下さい。
 - 5 高額療養費が令第11条の3の2第7項の規定によるものであるときは、同項各号に該当することを証明する書類を添付して下さい。
 - 6 ※印欄は記入しないで下さい。
 - 7 13 欄は、入院＝1、外来＝2、歯科入院＝3、歯科外来＝4、薬剤＝5の別を記入して下さい。