

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	

支 出 計 算 書						伝票番号		
		リーダー	サブリーダー	チーフ	起案者	請求書		
※ 決裁年月日	令和 年 月 日	※決定金額		法定給付 円	円			
				附加給付 円	円			
				計 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								
組合員証記号番号				初診年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
組合員氏名				傷病名				
療養者氏名				本人・家族	傷病の原因			
療養者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
療養に要した費用	円			医療機関又は薬局の 住所及び氏名	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	円	高額療養費			円	※所 在分	
	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							
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。								
令和 年 月 日				請求者	所属部課名			
文部科学省共済組合 香川大学支部長 殿					住 所			
					氏 名			

様式第21号

(注) 裏面の注意書をよく読んで記入してください。

理 由

- (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】(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	円		
					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

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 31年 9月 10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・ <u>家族</u>	傷病の原因
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	47,586 円		
請求額	療養費	円	医療機関又は薬局の 住所及び氏名
	高額療養費	円	
	合計	円	
療養費	円	香川県高松市幸町1-2-3	保険医療 機関 ※ 医療機 関区分
附加給付等	円	医療法人 ○○整形クリニック	
計	円	○○ ○○	その他
組合員証を使用しな かった理由	裏面のとおり 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

令和 2年 3月 4日

請求者

文部科学省共済組合 香川大学支部長 殿

所属部課名

工学部

住 所

香川県高松市幸町3-3-3

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

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 カガヲ 太郎	
	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		
					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

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・ 家族	傷病の原因	不詳	
療養者生年月日	昭・平 令 1年 12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, 120 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 ※所 在分
請求額	療 養 費	円			
	法 定 給 付 附 加 給 付 等	円			
	計	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

令和 2 年 3 月 4 日

請求者

文部科学省共済組合 香川大学支部長 殿

所属部課名

工学部

住 所

香川県高松市幸町3-3-3

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。