

療 養 費  
家 族 療 養 費 請 求 書  
高 額 療 養 費

所属所  
受付年月日

決定額	療 養 費 家族療養費	※	円
	高額療養費	※	円
	一部負担金払戻金 家族療養費附加金	※	円

組合員氏名		組合員証 記号番号	—	所 属 機関名	
療養者氏名		生 年 月 日 性別、続柄	昭和 平成	年 月 日	性別 男・女 続柄
傷 病 名		傷病の原因			
初診年月日	平成 年 月 日	医 療 機 関 又は薬局名 及びその住所		保険医療機関 保 険 薬 局 そ の 他	
療 養 期 間	平成 年 月 日 から	療 養 に 要 し た 費 用	円	療 養 費 家族療養費	円
	平成 年 月 日 まで			高 額 療 養 費	円
				一 部 負 担 金 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	円
組合員証を使用しなかった理由					

備 考

上記のとおり請求します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長 様 住 所  
請 求 者  
平成 年 月 日 氏 名 ⑧  
請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。

(記入上の注意)

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ください。
2. 高額療養費を請求する場合において、組合員又はその被扶養者が同一の月にそれぞれの病院、診療所、薬局その他の療養機関から受けた療養で自己負担が2万1千円以上のものが2以上あるときは、それぞれの療養ごとの請求書(「請求金額」欄は記載不要)とこれらの療養に係る自己負担額の合算により算定した請求書とを作成し、合わせて提出してください。
3. 高額療養費を請求する場合、下記の事項に該当するときは、その旨を「備考」欄に記入してください。
  - (1) その療養が地方公務員等共済組合法施行令(以下「令」という。)第23条の3の3第1項2号に規定する原爆一般疾病医療費の支給その他総務省令で定める医療に関する給付が行われるべき療養であるとき。
  - (2) 令第23条の3の3第4項に規定する費用が徴収されているとき。
  - (3) 支給を受けようとする高額療養費に係る療養を受けた月以前の12月間に受けた療養について令第23条の3の3第1項、3項の規定による高額療養費の支給を既に3回以上受けているとき。
4. ※印欄は記入しないでください。