

- 療養費 一部負担金払戻金
- 家族療養費 同附加金
- 入院時食事療養費
- 入院時生活療養費

記入例
(治療用装具)

胡不音

種別	登録番号
11	
12	
13	
14	

所属所名		〇〇区役所		総医療費		医科01		外来入院	
組合員氏名		共済 健太郎		法定給付		歯科03		調剤04	
組合員証番号		0 1 2 3 4 5 6 7		高額療養費		鍼・灸06		マッサージ08	
療養者氏名		本人		附加給付		受診年月		年 月	
療養者生年月日		〇年 〇月 〇日		支給決定額		受診日数		日 公費	
受診時年齢		〇〇歳		入院時食事療養費		治療用装具支給可否		<input type="checkbox"/> 初回の作製 <input type="checkbox"/> 耐用年数経過	
傷病名		前十字靭帯断裂		入院時生活療養費		治療用装具作製歴		<input type="checkbox"/> 有 () 年 月 <input type="checkbox"/> 無 () 年 月	
傷病の原因等	日時	〇〇年 〇月 〇日		治療用装具作製理由		手帳の有無		手帳の傷病名	
	場所	<input type="checkbox"/> 職場内 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(地元の野球場)		身体障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 年 月 交付		治療用装具を作製する理由 手帳等の芳だけ回答ください。	
	原因	野球の試合中に転倒したため。 <small>※ 公務(通勤)災害、第三者による加害行為による場合は、請求できません。</small>		組合員証を使用しなかった理由		<input type="checkbox"/> 認定手続中 (診療月: ____年__月) <input checked="" type="checkbox"/> 治療用の装具又は小児弱視用眼鏡の作製 作製指示日: 〇〇年 〇月 〇日 領収日: 〇〇年 〇月 〇日 <input type="checkbox"/> その他 ()			

障害者手帳をお持ちの方は、治療用装具を作製する前に、「補装具の支給」について自治体の障害福祉の窓口にて御相談ください。

出来るだけ具体的に記入してください。記載内容について特定できない場合は、不明と記入してください。

「装具装着証明書」及び製作所発行の「領収書」を確認のうえ、記入してください。作製指示日から領収日まで3か月以上空いている場合は、給付の対象とならないことがあります。

請求年月日を記入

証明年月日を記入

公印

●太線枠内を記入してください

[注意事項]

- 受診者、診療月、医療機関ごとに1部ずつ作成してください。
- 診療月におけるその他の診療内容を確認する必要が生じた場合には、支給が遅れることがあります。
- 傷病の原因等が特定できない場合は、不明と記入してください。

[添付書類]

- 認定手続中の受診の場合、「診療報酬明細書(原本)と領収書(写)」又は「診療報酬領収済明細書(原本)」
- 治療用装具を作製した場合、医師の「装具装着証明書(原本)」及び製作所などの「領収書(写)」と当該品明細書(写)」
- その他の理由による請求の場合、共済ハンドブックで添付書類を確認してください。

課長代理

担当

記入例 (弱視用眼鏡)

- 療養費 一部負担金払戻金
- 家族療養費 同附加金
- 入院時食事療養費
- 入院時生活療養費

種別	登録番号
11	
12	
13	
14	

所属所名	〇〇区役所		総医療費			医科01	外来入院				
組合員氏名	共済 健太郎		法定給付			歯科03	調剤04				
組合員証番号	0	1	2	3	4	5	6	7	高額療養費	鍼・灸06	マッサージ08
療養者氏名	共済 花子		附加給付			受診年月	年 月				
療養生年月日	〇	年	〇	月	〇	日	受診日数	日	公費		
受診時年齢	3 歳		治療用眼鏡の給付対象年齢は、9歳未満です。				治療用装具支給可否				
傷病名	小児弱視		給付対象は、弱視、斜視、及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡及びコンタクトレンズに限ります。 ※遠視、近視、乱視は、給付対象外です。				<input type="checkbox"/> 初回の作製 <input type="checkbox"/> 耐用年数経過 <input type="checkbox"/> 傷病部位の相違 <input type="checkbox"/> その他				
傷病の原因等	日時	〇〇年〇月〇日		治療用装具作製歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月						
	場所	<input type="checkbox"/> 職場内 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(不明)		身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 年 月交付		治療用装具を作製する理由 手帳着の芳だけ回答ください。				
	原因	原因は不明だが、眼科に弱視と診断された。 <small>※ 公務(通勤)災害、第三者による加害行為による場合は、請求できません。</small>		組合員証を使用しなかった理由	<input type="checkbox"/> 認定手続中(診療月: 〇〇年〇月) <input checked="" type="checkbox"/> 治療用の装具又は小児弱視用眼鏡の作製 作製指示日: 〇〇年〇月〇日 領収日: 〇〇年〇月〇日 <input type="checkbox"/> その他						

● 太線枠内を記入してください

出来るだけ具体的に記入してください。記載内容について特定できない場合は、不明と記入してください。

「治療用眼鏡の作製指示書」及び購入した際の「領収書」を確認のうえ、記入してください。

上記のとおり、療養費等の支給を請求します。 (退職者の場合)

東京都職員共済組合理事長 殿 〒163 - 0000

請求者 (住所) 東京都新宿区中央〇-〇-〇

請求年月日 年 月 日 (氏名) 共済 健太郎 (共済印)

*請求者の「氏名」の欄は、記名押印に代えて、自筆による署名をすることができます。

決定欄

課長

課長代理

上 証明年月日を記入 年 月 日 違わないものと認めます。

所属所長 職名 〇〇区長
氏名 東京子

担当者 戸山 太郎 電話番号 03-x-x-x-x-△△△△

共済組合受付印

公印

担当

- [注意事項]
- 1 受診者、診療月、医療機関ごとに1部ずつ作成してください。
 - 2 診療月におけるその他の診療内容を確認する必要がある場合には、支給が遅れることがあります。
 - 3 傷病の原因等が特定できない場合は、不明と記入してください。
- [添付書類]
- 1 認定手続中の受診の場合、「診療報酬明細書(原本)と領収書(写)」又は「診療報酬領収済明細書(原本)」
 - 2 治療用装具を作製した場合、医師の「装具装着証明書(原本)」及び製作所などの「領収書(写)」と当該品明細書(写)」
 - 3 その他の理由による請求の場合、共済ハンドブックで添付書類を確認してください。

記入例
(認定手続中)

- 療養費 一部負担金払戻金
- 家族療養費 同附加金
- 入院時食事療養費
- 入院時生活療養費

種別	登録番号
11	
12	
13	
14	

所属所名	〇〇区役所		総医療費			医科01	外来入院				
組合員氏名	共済 健太郎		法定給付			歯科03	調剤04				
組合員証番号	0	1	2	3	4	5	6	7	高額療養費	鍼・灸06	マッサージ08
療養者氏名	共済 美保		附加給付			受診年月	年 月				
療養者生年月日	〇	年	〇	月	〇	日	公費				
受診時年齢	〇〇歳		入院時食事療養費			治療用装具支給可否					
傷病名	インフルエンザ		入院時生活療養費			<input type="checkbox"/> 初回の作製 <input type="checkbox"/> 耐用年数経過 <input type="checkbox"/> 傷病部位の相違 <input type="checkbox"/> その他					
傷病の原因等	日時	〇〇年〇月〇日		治療用装具	〇〇年〇月		治療用装具を作製する理由 半紙着の芳だけ回答ください。				
	場所	<input type="checkbox"/> 職場内 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(自宅での感染と思われる。)		身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年月交付						
原因	家族内でインフルエンザが蔓延しているため。		組合員証を使用しなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 認定手続中(診療月: 〇〇年〇〇月) <input type="checkbox"/> 治療用の装具又は小児眼鏡の作製		「診療報酬明細書」又は「診療報酬領収済明細書」を確認のうえ、記入してください。開封厳禁の場合は、領収書等から確認してください。					
医療機関	〇〇病院 △△〇〇			作製指示日: 領収日: <input type="checkbox"/> その他							

● 太線枠内を記入してください

上記のとおり、療養費等の支給を請求します。(退職者の場合 電話番号) - -

東京都職員共済組合理事長 殿 〒163 - 0000

請求者 (住所) 東京都新宿区中央〇-〇-〇 (氏名) 共済 健太郎 共済印

請求年月日 年 月 日

請求年月日を記入

*請求者の「氏名」の欄は、記名押印に代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合
決定欄
課長

課長代理

上 証明年月日を記入 年 月 日 違わないものと認めます。

所属所長 職名 〇〇区長
氏名 東京子

担当者 戸山 太郎 電話番号 03-x x x x -△△△△

共済組合受付印

公印

担当

[注意事項]

- 1 受診者、診療月、医療機関ごとに1部ずつ作成してください。
- 2 診療月におけるその他の診療内容を確認する必要が生じた場合には、支給が遅れることがあります。
- 3 傷病の原因等が特定できない場合は、不明と記入してください。

[添付書類]

- 1 認定手続中の受診の場合、「診療報酬明細書(原本)と領収書(写)」又は「診療報酬領収済明細書(原本)」
- 2 治療用装具を作製した場合、医師の「装具装着証明書(原本)」及び製作所などの「領収書(写)」と当該品明細書(写)」
- 3 その他の理由による請求の場合、共済ハンドブックで添付書類を確認してください。