共済組合決裁欄			
係員	合議	係長	事務局次長

☐ 療養費
☐ 家族療養費

請求書

決定額		十万	万	千	百	十	円
☐療養費・家族療養費							
☐附加金							

組合員 （記号 － 番号）	記号　　番号 ー	組合員氏名 （本人）	
所　　属	電話　　（　　） 内線		
受診者の 生年月日	年　　月　　日	受診者の 医療証について	有　・　無 （医療証名称：　　）
※家族療養費請求の場合に記入	被扶養者氏名 （受診者）	続柄（　　）	
療養費区分	☐ 治療用装具（購入日　　年　　月　　日） ☐ はり・きゅう　☐ あんま・マッサージ　☐ その他（　　） ☐ 立替払（　　） ※ 10割負担した理由		

傷病名等	傷 病 名		初診年月日	年　月　日
	傷病の原因及びその経過			
	療養期間	年　月　日から　　年　月　日まで　　日間		
	医療機関または薬局名及びその住所			
	療養に要した費用の額(10割)	円	備　考	

上記のとおり請求します。

川崎市職員共済組合理事長　様

年　　月　　日

〒　　ー

請　求　者
（組合員）　住　所（自宅）

電　話　番　号　　（　　）

氏　　名

（記入上の注意）

- 緊急その他やむを得ない理由で、保険診療を受けた場合は、立替払を選択し、理由を記入してください。
- 字句を訂正するときは、誤った箇所に二重線を引いて、その上に正しい字句を記入してください。
- 医療証とは、自治体等で医療費補助（公費の適用）を受けている場合に発行される証書のことです。

（添 付 書 類）
1　治療用装具購入・・(1) 医師の意見(同意)書の原本 (2) 領収書(原本)及び内訳の記載があるもの
2　立替払・・・・・・(1) 診療報酬明細書または調剤報酬明細書の原本 (2) 領収書(原本)
3　はり・きゅう　あんま・マッサージ　・・(1) 医師の意見(同意)書の原本 (2) 領収書(原本) (3) 療養費支給申請書

※　振込先は職員情報システムの振込口座登録から確認・変更できます。