

共済組合 使用欄	決裁欄	課長	係長	係員	組合査定額				法定給付				
					附加給付				合計金額				

療養費（家族療養費）・同附加金請求書

組合員証 記号・番号	-			組合員 氏名	所属	局・区 課	
	受診者 氏名	受診者の生年 月日・性別		昭・平 年 月 日	男・女	組合員との 続柄	
	傷病名等	傷病名			発病又は負傷日	年 月 日	
		傷病原因	I <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 業務外		II 第三者行為（交通事故や第三者の傷害） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
			※ 公務上又は通勤途上の傷病は公務災害として健康保険対象外です。事前に、各区局の公務災害事務担当課に確認したうえ、該当しない場合、当該申請書での申請となります。		※ 第三者行為の傷病の場合、過失割合の状況により、健康保険ではなく、医療費を相手方が負担すべき場合があります。別途、第三者行為の届を提出してください。		
	III 傷病の原因及びその経過						
	療養状況	療養期間	療養内容	療養に要した費用等	医療機関等名及び住所		
		年 月 日～ 年 月 日 (実日数) 日	医・薬・歯・海 装・あはき・他 ( )	(領収年月日) (領収金額) 円	(医療機関等名) (医療機関等住所)		
		年 月 日～ 年 月 日 (実日数) 日	医・薬・歯・海 装・あはき・他 ( )	(領収年月日) (領収金額) 円	(医療機関等名) (医療機関等住所)		
		年 月 日～ 年 月 日 (実日数) 日	医・薬・歯・海 装・あはき・他 ( )	(領収年月日) (領収金額) 円	(医療機関等名) (医療機関等住所)		
※ 記載欄が不足する場合は、裏面等に記載してください。							
療養の給付を受けることができなかった理由			<input type="checkbox"/> 組合員（被扶養者）証未提示（理由：） <input type="checkbox"/> 治療用装具作成等（作成機関等名：） <input type="checkbox"/> その他（）				
上記のとおり請求します。 横浜市職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住所 (〒 - ) 組合員 _____ 氏名 _____ (印)							
振込先	組合員名義の 振込先を記入	銀行	支店	普通	口座番号		

担当 共済 課 組合 事務 記載 欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
	平成 年 月 日			所属所長	職名 _____		
	共済組合事務担当課決裁欄			または	氏名 _____ (印)		
	課長	係長	係員	職務代決者			

- 注1：申請書は、月（暦月）単位・対象者単位分必要です。→職員共済ガイド【II A-1 組合員証等を提示できず医療機関等の窓口で10割負担した場合 注2】参照
- 注2：【療養原因のI・II】欄：【公務上・通勤途上】【第三者行為】→職員共済ガイド【6 本人・家族の病気やけが（公務災害・第三者行為による傷病届）】参照
- 注3：【療養内容の区分】医（医療機関等へ入院・通院）・薬（薬局）・歯（歯科）→職員共済ガイド【II A-1 組合員証等を提示できず医療機関等の窓口で10割負担した場合】参照
- 注4：【療養内容の区分】海（海外療養費）→職員共済ガイド【II A-2 海外で病気になる医療機関で治療を受けた場合】参照
- 注5：【療養内容の区分】装（治療用装具）→職員共済ガイド【II A-3～5 治療用装具を作成した場合（コルセット、小児弱視用メガネ等）】参照
- 注6：【療養内容の区分】あはき（はり・きゅう・マッサージ）→職員共済ガイド【II A-7～8（はり師・きゅう師の施術）（あん摩・マッサージ・指圧師の施術）】参照
- 注7：【療養内容の区分】他→職員共済ガイド【II A-9 共済組合加入後にそれぞれ国保（健保）等の保険証で受診した場合】・【I-B 高額療養費等の申請が必要な場合】参照