|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印  短期請求等様式第３号 | | | | | | 決 裁 |  | | | 次　長 | | | 課　長 | | | 主　幹 | | | | Ｇ　Ｌ | | | 担　当 | | 合　議 |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  |
|
| 資格取得年月日  ※ | |  | | 資格喪失年月日 | | | | |  | | | | | ※決定年月日 | | | | | | |  | | | | |
| ※  **保険外併用療養費**  **請 求 書** | | | | | | | | 決 定 額 | 療養費  家族療養費  保険外併用療養費 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 高額療養費 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 組合員等 記号・番号 | ― | | | | 組合員  氏 名 | | |  | | | | | | | | | 所属所名 | | | | |  | | | |
| 療養者氏名 | | （※ 年 月 日認定） | | | | | | | | | 続柄 | | | | 年 月 日    続柄 | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | 傷病の原因 | | | | （ 詳しく記入してください ） | | | | | | | | | | |
| 初診年月日 | | 年 月 日 | | | | 療養期間 | | | | | | 年 月 日から  年 月 日まで | | | | | | | | | | | | ※入院　　　日  外来　　　日  調剤　　　日  歯科　　　日 | |
| 保険医療機関又は  保険薬局 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要  した費用 | | 円 | | | | 請求  金額 | | | 円 | | | | | | | | | 請求  区分 | | | １　証不携帯  ２　治療用装具装着  ３　その他 | | | | |
| マイナ保険証等を使用しなかった  理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。  滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿  年 月 日 住 所  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  年 月 日 職 名  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　傷病の原因・マイナ保険証等を使用しなかった理由は、詳しく記載してください。

２　装具装着の場合、療養期間は装具装着証明書の日付を記載してください。

３　添付書類 ① 装具装着の場合 医師の意見書及び装具装着証明書 と 領収書及び領収明細書  
 　　② マイナ保険証等不携帯の場合 診療報酬領収済明細書（又はレセプト及び領収書）

４　※印欄は記入しないでください。

(注)