

記載例

- 療 養 費
 - 家 族 療 養 費
 - 高 額 療 養 費
- 請 求 書

請求するものにチェックしてください。

組 合 員 氏 名	共済太郎	組 合 員 証 号	1 6 0 - 1 2 3 4 5 6	所 属 局 (部) 課 名	〇〇地裁民事第1部		
療 養 者 氏 名	共済小太郎	生 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	性 別	男	続 柄	子
傷 病 名	骨折	傷 病 の 原 因	転倒したため				
初 診 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	医 療 機 関 又 は 薬 局 の 名 称	〇〇病院	医 療 機 関 又 は 薬 局 の 住 所	〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
療 養 期 間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	療 養 に 要 し た 費 用	3 0 , 0 0 0 円	請 求 額	2 1 , 0 0 0 円		

組合員証を使用しなかった理由 旅行中で組合員被扶養者証を所持していなかったため。

療養に要した費用×7割(※)を1円未満の端数を切り捨てて記載してください。
 ※療養者が小学校入学前の場合は8割
 ※療養者が70歳以上の場合は、所得に応じて8割又は7割となりますが、事前に、共済組合支部にご確認ください。

記載不要です。

上記のとおり請求します。
 裁判所共済組合 御中
 住所 〇〇市〇〇町〇-〇
 請求者 氏名 共 済 太 郎
 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

金融機関コードをご存じの方は、括弧書きしてください。

- 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。
- 高額療養費については、組合員又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一つの病院、診療所、薬局その他の療養機関から受けた療養(入院時食事療養及び入院時生活療養を除く。)又は指定訪問看護事業者から受けた指定訪問看護(70歳に達する日の属する月以前の療養に係る自己負担額については、2万1千円以上のものに限る。)を合算した請求書を提出してください。
- 高額療養費については、令第11条の3の4第1項から第5項までの規定により支給される高額療養費の算定の基礎となる「なお負担すべき額」があった場合は、その額を「療養に要した費用」欄に別書きし、その費用の徴収に関する証拠書類を添付してください。
- 高額療養費の支給を受ける者が令第11条の3の5第1項第5号又は第3項第3号若しくは第4号に掲げる者のいずれかに該当するときは、その該当することを証明する書類を添付してください。
- ※印欄は記入しないでください。

(振込先金融機関 【請求者名義に限る】)

金融機関名	みずほ銀行 (0001)
支店名	●●支店 (999)
口座種類	普通
口座番号	0 1 2 3 4 5 6
口座名義 (カタカナ)	キョウサイ タロウ