療養費等 請求書

京都市職員共済組合

組合員が記入するところ

組合員記号・番号	○○ － ××××××	所属	行財政局人事部厚生課 電話 075 - 222 - ××××
療養者の氏名	共済 花子 ○○年 ○○月 ○○日生	組合員(本人)・組合員被扶養者(家族)	発病又は負傷した日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
傷病名等	傷病名	左膝前十字靭帯損傷	
	傷病の原因	スキーをしていて転倒した。	
	交通事故等、第三者による行為が原因となった傷病であるか		はい・いいえ
	第三者行為が原因である場合は、相手方の住所・氏名	(住所)	(氏名)
診療を受けた医療機関等の名称・所在地	(名称) ○○総合病院	(所在地) 京都市○○区○○ ○－○	
診療等の期間	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで ○○ 日間	診療等に要した費用の額	○○，○○○ 円
マイナ保険証等を使用しなかった理由	次のいずれかに☑を入れてください。 ☑ 治療用装具等の購入のため □ マイナ保険証等を所持していなかったため □ その他（ ）		

上記のとおり請求します。 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

（あて先）京都市職員共済組合理事長

住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地

組合員の

氏名 共済 太郎

事務取扱者
所属の庶務担当者の記名又は押印

《提出に当たっての注意事項》

1 裏面に記載している添付書類を添えて提出してください。
2 公務上（通勤途上を含みます。）の負傷・疾病については、共済組合（短期給付）の給付対象にはなりません。
3 交通事故等、第三者による行為が原因となって傷病が発生した場合に医療機関等で保険診療を受けるときは、共済組合に対し、「第三者行為による傷害事故届」の提出が必要です。

共済組合受付印

《添付書類》

やむを得ずマイナ保険証等を提示して受診できなかった場合	①　医療機関等の領収書（原本） ②　医療機関等発行の診療明細書（原本） （ホームページからダウンロードしたものでも可） ③　海外で受診した場合は診療内容明細書の翻訳文等、別途書類が必要になります。 共済組合までご連絡ください。
コルセット等の治療用装具を装着した場合	①　購入に要した費用の領収書（原本） ②　医師の意見書及び装具装着証明書（原本） ③　仕様書（領収書等で明細が確認できれば不要） ④　靴型装具に係る申請の場合は、当該装具の写真
小児の弱視用の眼鏡等を作成・購入した場合	①　治療用眼鏡等を作成・購入した際の領収書（原本） ②　治療用眼鏡等の作成指示書等の写し・患者の検査結果
四肢のリンパ浮腫治療のために使用される弾性着衣等を購入した場合	①　購入に要した費用の領収書（原本） ※明細書があれば添付すること ② 弾性着衣等の装着指示書（装着部位、手術日等が明記されていること）