様式第8号の１（互）

|  |  |
| --- | --- |
| ｶｰﾄﾞ番号 | 共済区分療養費・家族療養費・同附加金・訪問看護療養費・家族訪問看護療養費・同附加金・海外療養費・入院時食事療養費・家族(入院時食事)療養費・移送費・家族移送費・高額療養費・入院時生活療養費・保険外併用療養費・（互）病気療養見舞金・　請求書 |
| １ | ２ | ３ |
| ６ | １ | １ |
| 組合員氏名組合員証番号 | 療養者生年月日・性別 | ※　 |  |
| 年号 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 療養費・家族療養費等 | 病気療養見舞金積算額 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
|  | 令和の場合　5 |  |  |  |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |
|  |  |  |  |  |  |
| 療養者氏名 |  | 発病負傷年月日 | 平成令和 | 年　 　月　 　 日 | 所属コード |  |
| 傷病名及び原因 |  | 療　養　期　間 | 平成令和 | 年　 　 月　 　 日から | 所属機関名勤務機関名 |   |
| 平成令和 | 年　 　 月　 　日まで |  |
| 医療機関又は薬局 | 名称 |
| 所在地 |
| 移送費・家族移送費療養費・家族療養費 | 組合員証を使用しなかった理由（☑を付けてください） | □装具作成のため　　□弱視等治療用眼鏡作成のため　　□第三者加害行為のため□その他 |
| 療養に要した費用 | 円 | 療　 養 　費家族療養費等請求金額 | 円 | 一部負担金払戻金家族療養附加金請求金額 | 円 |
|  |  | 移送の方法 |  | 移送費の請求金額 | 円 |
| 本人（　　　　）療養費の請求金額 | 円 | 家族（　　　　　）療養費の請求金額 | 円 | 移送の付添人の氏名及び住所 |  |
| ※（互） | 本　人 | 自己負担額　　　　　　　　控除額 円　　－　　　　　　　 　円　＝　　　　　　 　円 | 本人病気療養見舞金積算額 | 円   |
| 病気療養見舞金 |
| 家　族 | 自己負担額　　　　　　　　控除額 円　　－　　　　 　　　 　円　＝　　　　 　　 　円 | 家族病気療養見舞金積算額 | 円 |
| 上記のとおり請求します。地方職員共済組合広島県支部長　　　　様一般財団法人広島県職員互助会理事長令和　　　　年 　　　月　　　　日　 　　 　 住　所　　請求者 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。令和　　　　年　 　　月　　　　日職　名所属機関の長氏　名　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

1. ※欄は記入しないでください。

2.　装具装着の場合は，医師の証明書と領収書を添付してください。

3.　装具，弱視等治療用眼鏡の給付には，上限額や更新前装着期間等が定められているものもあります。

4.　保険証不携帯の場合は，医療機関（調剤薬局も含む）が発行するレセプト（診療報酬明細書）と領収書を添付してください。

5.　移送費については，医師の意見書及び移送に要した費用の証拠書類を添付してください。（移送費は事前承認が必要となります。）

6.　短期給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から2 年間行使しないときは、時効によって消滅します。（法第144 条の23 第1 項）

給付を受ける権利の消滅時効の起算日は、給付事由の生じた日の翌日になります。

様式第8号の１

青塗りの部分を記入してください。

**記入例**

|  |  |
| --- | --- |
| ｶｰﾄﾞ番号 | 共済区分 |
| １ | ２ | ３ |
| ６ | １ | １ |
| 組合員氏名組合員証番号 | 療養者生年月日・性別療養費・家族療養費・同附加金・訪問看護療養費・家族訪問看護療養費・同附加金・海外療養費・入院時食事療養費・家族(入院時食事)療養費・移送費・家族移送費・高額療養費・入院時生活療養費・保険外併用療養費・（互）病気療養見舞金・　請求書 | ※　 |  |
| 年号 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 療養費・家族療養費等 | 病気療養見舞金積算額 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
|  | 令和の場合　5 |  |  |  |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |
|  |  |  |  |  |  |
| 療養者氏名 |  | 発病負傷年月日 | 平成令和 | 年　 　月　 　 日 | 所属コード |  |
| 傷病名及び原因 |  | 療　養　期　間 | 平成令和 | 年　 　 月　 　 日から | 所属機関名勤務機関名 |   |
| 平成令和 | 年　 　 月　 　日まで |  |
| 医療機関又は薬局 | 名称 |
| 所在地 |
| 移送費・家族移送費療養費・家族療養費 | 組合員証を使用しなかった理由（☑を付けてください） | □装具作成のため　　□弱視等治療用眼鏡作成のため　　□第三者加害行為のため□その他 |
| 療養に要した費用 | 円 | 療　 養 　費家族療養費等請求金額 | 円 | 一部負担金払戻金家族療養附加金請求金額 | 円 |
|  |  | 移送の方法 |  | 移送費の請求金額 | 円 |
| 本人（　　　　）療養費の請求金額 | 円 | 家族（　　　　　）療養費の請求金額 | 円 | 移送の付添人の氏名及び住所 |  |
| ※（互） | 本　人 | 自己負担額　　　　　　　　控除額 円　　－　　　　　　　 　円　＝　　　　　　 　円 | 本人病気療養見舞金積算額 | 円   |
| 病気療養見舞金 |
| 家　族 | 自己負担額　　　　　　　　控除額 円　　－　　　　 　　　 　円　＝　　　　 　　 　円 | 家族病気療養見舞金積算額 | 円 |
| 上記のとおり請求します。地方職員共済組合広島県支部長　　　　様一般財団法人広島県職員互助会理事長令和　　　　年 　　　月　　　　日　 　　 　 住　所　　請求者 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。令和　　　　年　 　　月　　　　日職　名所属機関の長氏　名　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |