療養者が組合員の場合は「療養費」、被扶養者の場合は「家族療養費」となります。

☐ 療養費　☐ 移送費
☑ 家族療養費　☐ 家族移送費　請求書
☐ 高額療養費

組合員等記号番号	111 ― 123	ﾌﾘｶﾞﾅ 組合員氏名	ｷｮｳｻｲ ﾀﾛｳ 共済　太郎	所属所名	○○市
ﾌﾘｶﾞﾅ 療養者氏名	ｷｮｳｻｲ ﾊﾅｺ 共済　花子	療養者生年月日	平成　○○ 年　3 月　3 日	※ 続柄 ｺｰﾄﾞ	
傷病名	半月板損傷	※ 療養区分及び入院期間	03　コルセット　05　医療費（不携帯） 08　鍼灸・マッサージ　19　その他 自 令和　年　月　日 ～ 至 令和　年　月　日		
初診年月日	令和　○　年　5　月　1　日	療養に要した費用	12,000 円	負傷の原因	スキーで転倒して負傷した（公務外）
※ 療養期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで				日
療養費、家族療養費請求金額	8,400 円	※			
移送費、家族移送費請求金額					円
高額療養費請求金額	円				
医療機関又は薬局名及びその住所	○○市◇◇◇１－２－３ △△△整形外科	（保険医療機関、保険薬局、その他） ○○○義肢製作所			
移送の承認年月日	日	移送区間			
マイナ保険証等を使用しなかった理由	治療用装具購入のため				

治療用装具等の装着日

領収書の金額

詳しく記入してください。

「療養に要した費用」の７割又は８割（円未満切捨て）
組合員又は療養者の年齢や所得額によって支給割合が変わります。

病院、診療所、調剤薬局等主に受診した医療提供施設を記入

治療用装具や眼鏡等、主に購入した（領収書に記載されている）業者名等を記入

上記のとおり請求します。

☐ 公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　5　月　7　日

請求者
住所　○○市××１－２－３
氏名　共　済　太　郎

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　5　月　7　日

所属所長
職名　○○市長
氏名　○　○　○　○

(注)1　マイナ保険証等を使用しなかった理由は、詳しく記入してください。
2　移送費・家族移送費の請求の際、医師等の意見書による移送区間若しくは方法によらなかった場合は、その理由を「マイナ保険証等を使用しなかった理由」欄に詳しく記入してください。
3　※欄は、記入しないでください。

□ 療　養　費　　☑ 移　送　費
□ 家族療養費　　□ 家族移送費　請　求　書
□ 高額療養費

療養者が組合員の場合は「移送費」、
被扶養者の場合は「家族移送費」となります。

組合員等記号番号	111 ― 123	ﾌﾘｶﾞﾅ 組合員氏名	ｷｮｳｻｲ ﾀﾛｳ 共済　太郎	所属所名	○○市
ﾌﾘｶﾞﾅ 療養者氏名	ｷｮｳｻｲ ﾀﾛｳ 共済　太郎	療養者生年月日	平成　○○　年　1　月　2　日	※ 続柄 ｺｰﾄﾞ	
傷病名	○○癌（○○転移）	※ 療養区分及び入院期間	03　コルセット　05　医療費（不携帯） 08　鍼灸・マッサージ　19　その他 自 令和　年　月　日 ～ 至 令和　年　月　日		
初診年月日	令和　○○　年　4　月　2　日	療養に要した費用	11,170 円	負傷の原因	不明
※ 療養期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで				日
療養費、家族療養費				※	
移送費、家族移送費請求金額	11,170 円				円
高額療養	円				
医療機関又は薬局名及びその住所	○○市◇◇◇１－２－３ ○○病院			（保険医療機関、保険薬局、その他） □□病院 ㈱○○交通　㈲○○サービス	
移送の承認年月日	令和　○　年　6　月　3　日	移送区間	○○市 ○○病院 ～□□市 □□病院	移送方法	民間救急車両 （介護タクシー等）
マイナ保険証を使用しなかった理由	○○癌治療中であるが、令和○年5月に○○の症状が出現し、24日○○病院に入院。精密検査で○○への癌転移を認める。○○病院外科を経て、□□病院外科を紹介され、同年6月5日に転院。6日に△△治療を施行。同年6月7日□□病院を退院、○○病院に戻り入院を続けている。（医師の指示により、消防の救急車ではなく民間救急で病院間を往復した）				

領収書の金額の合計

基本的に「療養に要した費用」と同額となる

病院、診療所等 移送前の主に受診している医療提供施設を記入

移送先の病院、診療所等の医療提供施設等を記入

「移送を必要とする意見書」等の医師の証明日を記入

上記のとおり請求します。

□ 公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　6　月　10　日

請求者　住　所　○○市××１－２－３
　　氏　名　共　済　太　郎

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　6　月　10　日

所属所長　職　名　○○市長
　　氏　名　○　○　○　○

(注)1　マイナ保険証等を使用しなかった理由は、詳しく記入してください。
2　移送費・家族移送費の請求の際、医師等の意見書による移送区間若しくは方法によらなかった場合は、その理由を「マイナ保険証等を使用しなかった理由」欄に詳しく記入してください。
3　※欄は、記入しないでください。