


記入例(組合員本人が医療機関に組合員証を提示できなかった場合)

書面での提出の場合は押印してください。
※メールでの提出の場合は不要です。

色付けされた欄に必要な事項を記入してください。
(提出する書類には色を付けなくても可い。)

 療 養 費 家族療養費 請求書 高額療養費		決 定 額	療 養 費 家族療養費 高額療養費	※ 円	
組合員氏名	農林 太郎	組合員証 記号番号	0820 1234567800	所 属 局 (部) 課名	●●局 △△課
療養者氏名	農林 太郎	生年月日 性別、続柄	平成 2 年 1 月 10 日	性別	男/女 続柄 本人
傷病名	インフルエンザB型	傷病の原因	不明		
初診年月日	令和2年9月8日	医療機関又は 薬局名	●●クリニック □□薬局	保険医療機関 保険薬局	その他
療養期間	令和2年9月8日から 令和2年9月8日まで	療養に要した費用	8,370 円	請 求 額 療 養 費 家族療養費 高額療養費	円 5,859
組合員証を使用しなかった理由	旅行中に組合員証を所持していなかったため。				
過去の高額療養費の支給状況等					
上記のとおり請求します。 農林水産省共済組合事務執行者 殿 令和 3 年 1 月 5 日 請求者 住 所 ●●県□□市▲▲1-1-1 氏 名 農林 太郎					

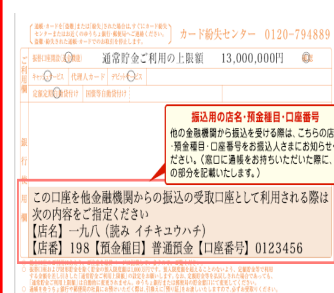
・内科的疾患で原因が分からない場合は、「不明」と記載してください。
・骨折・捻挫等の外傷については、どのような状況で負傷したか必ず記載してください。(例:段差で足を踏み外し転倒したため等)

- 1 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下さい。
- 2 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り。)についてそれぞれ請求書を作成(「請求額」欄は記載不要)し、更にそれらを合算した請求書と共に提出して下さい。
- 3 高額療養費については、令第11条の3の3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額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」欄に別書し、その「なお負担すべき額」に関する証拠書類を添付して下さい。
- 4 高額療養費の支給を受けようとする療養のあった月以前12月間に受けた療養について、組合から高額療養費の支給を既に3回以上受けたときは、その月及び金額を「過去の高額療養費の支給状況等」欄に記入して下さい。
- 5 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5号若しくは第6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下さい。
- 6 ※印欄は記

公金受取口座希望について、「する」「しない」に○がなく振込先口座が記入されている場合は通常の口座振込と判断

振込先口座(職員名義の国内口座を記入) 公金受取口座希望 (する / しない)
 ※公金受取口座への振込みを希望する場合は、公金受取口座希望の「する」を選択し、振込先は記入不要です。
 ○○ 銀行 △△ 支店 普通 口座番号 1111111 フリガナ 姓 名 太郎 農林
 当座

公金受取口座への振り込みを希望しない場合は、振込先口座欄にも記入をお願いします。
 ゆうちょ銀行の場合は通帳下部の店名・口座番号 を記載してください(通帳上部に記載の記号番号は口座番号ではありません)。



振込用の店名・預金種目・口座番号
 他の金融機関から振込を受ける際は、こちらの店名・預金種目・口座番号をお振込人さまにお知らせください。(振込に滞りをお持ちいただいた際に、この部分を記載いたします。)

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください
 【店名】一九八(読み イチキウハチ)
 【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

記入例(医師が治療上、治療用装具の装着を必要と認めた場合)

色付けされた欄に必要事項を記入してください。
(提出する書類には色を付けしないでください。)

書面での提出の場合は押印してください。
※メールでの提出の場合は不要です。

組合員が装具を装着した場合は
療養費を○で囲んでください。

療養費 家族療養費 高額療養費		請求書		決 定 額	療 養 費 家族療養費 高額療養費	※ 円
組合員氏名	共済 一郎	組合員等 記号番号	0820 1111111100	所属局 (部)課名	●●局 △△課	
療養者氏名	共済 太郎	生年月日 性別、続柄	平成 16年 6月 10日	性別	♀女 続柄 子	
傷病名	右膝前十字靭帯損傷	傷病の原因	転倒による負傷			
初診年月日	令和2年9月8日	医療機関又は 薬局名	株式会社 ■■	保険医療機関 保険薬局、その他		
療養期間	令和 2年 9月 8日 から 令和 2年 9月 8日 まで	療養に要した費用	95,682 円	請求 額	療 養 費 家族療養費 高額療養費	66,977 円
資格確認書等を使用しなかった理由	治療用装具購入のため					
過去の高額療養費の支給状況等						
上記のとおり請求します。 農林水産省共済組合事務執行者 殿 令和 3年 1月 5日 請求者 住 所 △△県●●市□□2-3-4 氏 名 共済 一郎						

医師の指示書等に記載されている
傷病名を記載してください。

・骨折・捻挫等の外傷についてはどの
様な状況で負傷したか必ず記載し
てください。
・先天性の疾患によるものは傷病の
原因欄に不明と記載してください。

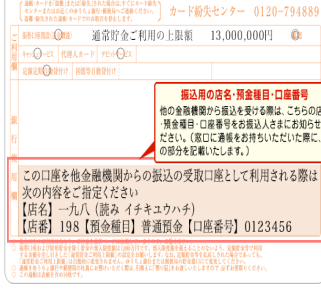
治療用装具を購入した義肢製作
会社を記載してください。

上段は装具装着日、下段は領収
日を記載してください。
(治療用眼鏡など指示書等に装着
日の記載がない場合は上下段とも
領収書の日付)。

公金受取口座への振り込みを希望しな
い場合は、振込先口座欄にも記入をお
願いします。
ゆうちょ銀行の場合は通帳下部の店
名・口座番号 を記載してください(通帳
上部に記載の記号番号は口座番号で
はありません)。

- 資格確認書等を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
- 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。)についてそれぞれ請求書を作成(「請求額」欄は記載不要)し、更にそれらを合算した請求書と共に提出して下さい。
- 高額療養費については、令第11条の3の3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額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」欄に別書し、その「なお負担すべき額」に関する証拠書類を添付して下さい。
- 高額療養費の支給を受けようとする療養のあった月以前12月間に受けた療養について、組合から高額療養費の支給を既に3回以上受けたときは、その月及び金額を「過去の高額療養費の支給状況等」欄に記入して下さい。
- 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5号若しくは第6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下さい。
- ※印欄は記入しないで下さい。

公金受取口座希望について、「する」「しない」に○がなく振
込先口座が記入されている場合は通常の口座振込と判断



振込先口座(職員名義の国内口座を記入) 公金受取口座希望 (する / しない)
※公金受取口座への振込みを希望する場合は、公金受取口座希望の「する」を選択し、振込先は記入不要です。

○ ○ 銀行 □ □ 支店 普通 口座番号 234567 フリガナ 共済 一郎
当座 当座 名義人