

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。

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
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 5,859 円
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					

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ないでください。)

- ・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)

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)。

カードセンター 0120-794889

通常貯金ご利用の上限額 13,000,000円

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。(窓口に通帳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 イチキユハチ)
【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

- 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。
- 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」欄に別書きし、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
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します。

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。

〇〇 銀行 △△ 支店 口座番号 1111111 フリガナ 名義人 農林 太郎

普通 当座

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。

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。

※外傷が傷病の原因となる場合
は給付金確認書の提出が必要
です。

・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。

治療用装具購入の場合は上下段
ともに医師の証明書に記載の指
示日を記載してください。
治療用眼鏡や弾性着衣は上下段
とも領収書の日付を記載してくだ
さい。

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)。

受 受 所 属 所		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	
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 男 女 続 柄 子	
傷 病 名		右膝前十字靱帯損傷		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	
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									

- 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

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します。

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 名義人 キョウサイ イチロウ
当座 共済 一郎

カード失センター 0120-794689

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・口座番号を振込先に入力してください。振込の際に振込先を指定してください。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

計算書に受診者が複数いる場合はコピーしてください。

令和 年 月 日

農林水産省共済組合事務執行者 殿

(所属) _____

(氏名) _____

(受診者氏名) _____

給付金請求確認書

【請求の有無】(該当するものに☑を、その他の場合は理由を記入してください。)

今回該当する給付金について

☐ 1. 請求します

領収書を紛失した場合はおおよその窓口支払額を記入 _____ 円

☐ ア. 市区町村等が実施する医療費助成制度に該当しない。
(子ども医療、難病医療、心身障害者医療、一人親家庭医療など)

☐ イ. 市区町村等が実施する医療費助成制度に該当するが、
市区町村等からは共済組合が支給する給付金を除いた額が支給される。

☐ ウ. その他 (_____)

☐ 2. 請求しません

☐ エ. 窓口での自己負担がなかった。

☐ オ. すでに市区町村等へ請求済み。

☐ カ. これから市区町村等へ請求する。

☐ キ. その他 (_____)

イ、エ、オ、カの医療費助成制度に該当する場合は、
受給者証の表・裏の写しを提出してください。

【負傷原因について】(該当するものに☑を、その他の場合は理由を記入してください。)
ケガなどの場合のみ、請求の有無に関わらず以下について記入してください。

負傷した日： 年 月 日

☐ 勤務時間中 ☐ 通勤中 ☐ 出張中 ☐ 私用中

負傷の原因：☐ 交通事故 ☐ 暴力（ケンカ） ☐ スポーツ中

☐ 動物による負傷（飼い主：☐ 有 ☐ 無） ☐ 飲食店での食中毒

☐ その他 (_____)

相手の有無：☐ 有 ※後ほど手続きの依頼をいたします。

☐ 無