

療 養 費 請
家 族 療 養 費

記 入 例
(マイナ保険証等未提示)

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市 1234567	組合員 氏 名 仙 台 太 郎	所 属 〇〇局 △△課
療養者氏名	仙 台 一 郎	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30 年 5 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和
傷 病 名	インフルエンザ	初 診 日	令 和 7 年 4 月 5 日
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中 <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが		
診療を受けた 医療機関等	(名称) △□クリニック (所在地) 仙台市〇〇区□□町1-1	<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他	
診療等の期間	令和 7 年 4 月 5 日 から 令和 7 年 4 月 6 日 まで	診療等に要した費用	20,000 円
請 求 理 由	<input type="checkbox"/> 治療用装具等の購入・作成 <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書を所持していなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()		
上記のとおり請求します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 7 年 4 月 30 日 住 所 仙台市△△区□□町3-2-1 組合員 氏 名 仙 台 太 郎 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号 内 線 777-1234			所 属 所 確 認 欄 (課 収 受 印) 所属課で 文書收受印を 押印

【添付書類】 いずれも原本が必要です。

治療用装具・・・医師の治療用装具製作指示装着証明書と領収書

マイナ保険証等未提示・・・診療報酬明細書（通称「レセプト」、診療明細書とは異なります。）と領収書

【支給】

共済組合に登録されている口座に振り込まれます。

共 済 組 合 受 付 印	共 済 組 合 処 理 欄		
決定額	療 養 費		円
	家 族 療 養 費		円

療 養 費 請
家 族 療 養 費

記 入 例
(治療用装具購入・作成)

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市 1234567	組合員 氏 名 仙 台 太 郎	所 属 〇〇局 △△課
療養者氏名	仙 台 花 子	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 40 年 5 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和
傷 病 名	腰椎椎間板ヘルニア	初 診 日	令 和 7 年 4 月 5 日
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中 <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが		
診療を受けた 医療機関等	(名称) △□整形外科 (所在地) 仙台市〇〇区□□町1-1	<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他	
診療等の期間	令和 7 年 4 月 5 日 から 令和 7 年 4 月 20 日 まで	診療等に要した費用	20,000 円
請求理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等の購入・作成 <input type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書を所持していなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()		領収書記載の金額
上記のとおり請求します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 7 年 4 月 30 日 住 所 仙台市△△区□□町3-2-1 組合員 氏 名 仙 台 太 郎 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号 内 線 777-1234			所 属 所 確 認 欄 (課 収 受 印) 所属課で 文書收受印を 押印

【添付書類】 いずれも原本が必要です。

治療用装具・・・医師の治療用装具製作指示装着証明書と領収書

マイナ保険証等未提示・・・診療報酬明細書（通称「レセプト」、診療明細書とは異なります。）と領収書

【支給】

共済組合に登録されている口座に振り込まれます。

共 済 組 合 受 付 印	共 済 組 合 処 理 欄		
決定額	療 養 費		円
	家 族 療 養 費		円

療 養 費 請 求 書
家 族 療 養 費

記入例
(鍼灸マッサージ)

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市 1234567	組合員 氏 名	仙 台 太 郎	所 属	〇〇局 △△課
療養者氏名	仙 台 花 子	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 40 年 5 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和		
傷 病 名	診断書等記載の傷病名	初 診 日	令 和 7 年 4 月 5 日		
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中 <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが				
診療を受けた 医療機関等	(名称) △□鍼灸院 (所在地) 仙台市〇〇区□□町1-1	<input type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input checked="" type="checkbox"/> その他			
診療等の期間	令和 7 年 4 月 5 日 から 令和 7 年 4 月 20 日 まで	診療等に要した費用	20,000 円		
請求理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具等の購入・作成 <input type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書を所持していなかったため <input checked="" type="checkbox"/> その他 (医師の同意による施術を受けたため)			領収書記載の金額	
上記のとおり請求します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 7 年 5 月 10 日 住 所 仙台市△△区□□町3-2-1 組合員 氏 名 仙 台 太 郎 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 内 線 777-1234 電 話 番 号				所 属 所 確 認 欄 (課 収 受 印) 所属課で 文書收受印を 押印	

【添付書類】 いずれも原本が必要です。

治療用装具・・・医師の治療用装具製作指示装着証明書と領収書

マイナ保険証等未提示・・・診療報酬明細書(通称「レセプト」、診療明細書とは異なります。)と領収書

【支給】

共済組合に

医師の同意による鍼灸マッサージの施術を受けた場合は、毎月ごとに提出が必要
です。

施術を受けた翌月以降に、領収書原本を添付のうえご請求ください。

共 済 組 合			
決定額	療 養 費		円
	家 族 療 養 費		円