必要書類一覧兼チェックリスト

療養費・家族療養費請求書（弾性着衣）用

組合員番号

組合員氏名

すべてのチェック欄に ✓ をして、本紙を含めて郵送してください。

No.	提出書類名	チェック欄	確認事項	共済様式
1	療養費・家族療養費請求書	□	請求書下部の請求者欄には組合員氏名が記入されている。	○
2	医師の証明書（原本）	□	以下の事項が記載されている。 (1) 患者の氏名、生年月日、傷病名 (2) 保険医療機関の名称、所在地及び診察した保険医の氏名 (3) 保険医が疾病又は傷病の治療上、弾性着衣が必要であると認めた年月日 (4) 保険医が指示した弾性着衣の名称	－
3	弾性着衣を購入した領収証（原本）	□	以下の事項が記載されている。 (1) 弾性着衣を使用する者の氏名 (2) 購入した弾性着衣の名称 (3) 領収日 以下の支給要件を満たしている。 (1) 領収年月日の翌日から２年以内の請求である。 (2) 前回の保険医の指示日から６か月を経過している。	－
4	領収証の金額の内訳がわかるもの	□	以下の事項が料金明細として記載されている。 ＜内訳＞ (1) 弾性着衣の名称（品番） (2) 個数 (3) １着あたりの単価	－

※ 一度に当組合に請求できる弾性着衣は装着部位ごとに２着までを限度とします。

（日本郵政共済組合）

療養費・家族療養費請求書（治療用装具用）

組合員番号（＝社員番号8桁）	組合員(社員)氏名	組合員生年月日
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（和暦） 年　月　日

所属事業所名、部署	日中の連絡先電話番号　※組合員ご本人と連絡の取れる番号	
	職場	自宅・携帯

以下の質問にお答えください		
1.業務が原因・通勤途上の負傷ですか	はい ・ いいえ	※『はい』の場合は、請求書作成前に所轄の労働基準監督署へお問い合わせください
2.第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	※『はい』の場合は、請求書作成前に第三者加害担当へお問い合わせください

療養を受けた者(装具をつける人)の氏名	続柄	療養を受けた者の生年月日
（ﾌﾘｶﾞﾅ）		（和暦） 年　月　日

発病または負傷原因		
傷病名		
装具等の装着について医師の指示を受けた日	（和暦）　年　月　日	
診療を受けた医療機関等	名称	所在地
マイナ保険証等を使用しなかった理由	治療用装具を作成したため	
装具の種類（該当に☑）	□コルセット、サポーター等　□小児弱視等メガネ　□義眼　□ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ　□弾性着衣 □その他（　　）	
お住まいの自治体への医療費助成の申請状況（該当に☑）	**1 本件請求に係る傷病において、お住まいの自治体から療養に要した自己負担分の払戻しを受けている（又は、当共済組合から療養費の給付を受けた後、払戻しを受ける）。** □ はい（次の「2」の質問に回答願います。）　□ いいえ **2 払戻しを受けた（又は受ける予定の）自治体名及び助成制度をご記入願います。** 自治体名（都道府県　　市区町村　　） □ 子ども医療費助成　□障がい者医療費助成　□ ひとり親家庭医療費助成 □ その他（　　）	

A 療養に要した金額(注)（領収証の代金）		B 支払割合		C 請求金額(A×B)
円	×	割	＝	円

(注)A の金額が下表を超える場合は、下表の金額を記入

眼鏡等			弾性着衣（1着あたり）	
医師の指示を受けた日	R6.3.31 以前	R6.4.1 以降	弾性ｽﾄｯｷﾝｸﾞ（両足）	28,000 円
眼鏡	38,902 円	40,492 円	弾性ｽﾄｯｷﾝｸﾞ（片足）	25,000 円
コンタクトレンズ	16,324 円	13,780 円	弾性ｽﾘｰﾌﾞ	16,000 円
義眼	87,450 円	92,114 円	弾性ｸﾞﾛｰﾌﾞ	15,000 円

年齢等	記入する割合
未就学児	8割(0.8)
70 歳未満	7割(0.7)
70 歳以上（高齢受給者）	8割(0.8)

送金先	ゆうちょ銀行	通帳記号番号	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座へ送金

上記のとおり請求します。

請求年月日　　請求者(組合員)

（和暦）　年　月　日　　〒

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 決定通知書等は共済組合に登録されている組合員ご本人の自宅住所へ郵送いたします。

共済組合処理欄	受付	審査	登録	決定額