

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）

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いでください。）

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	医療機関 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）

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）。

カード紛失センター 0120-794889	
通帳貯金ご利用の上限額	13,000,000円
振込先の店名・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・口座番号をお振込先さまにお知らせください。（尚且、お振込を希望する場合は、この欄に記入をお願いします。）	
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 イチキユウハチ）	
【支店】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456	

振込先口座（職員名義の国内口座を記入）

〇〇 銀行	△△ 支店	普通 当座	口座番号	1111111	フリガナ 名義人	ノウリン 農林 タロウ 太郎
-------	-------	-------	------	---------	-------------	-------------------

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ないでください。)

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	
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。		組合員氏名 共 済 一 郎		組合員証 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 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 其他					
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					
組合員証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									

・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。
(指示書等に装着日の記載がない場合は領収書の日付)。

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)。

カード紛失センター 0120-794589

お名前(姓) 田中 通 通 常 貯 金 利 用 の 上 限 額 13,000,000円

お名前(姓) 田中 通 通 常 貯 金 利 用 の 上 限 額 13,000,000円

振込先の店名・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・口座番号を必ずお振込みください。(振込に失敗をおそれないために、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 イチキョウハチ)
【店番】 198 【預金種目】 普通預金 【口座番号】 0123456

- 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、薬局その他の医療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。
- 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。
- 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 ※印欄は記入しないで下さい。

振込先口座(職員名義の国内口座を記入)

〇〇 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