

照 合	係

療 養 費 請 求 書
家 族 療 養 費

決 定 額	※ 1日 円 日分
	※ 円

組 合 員 名 氏 名		組 合 員 証 記 号 番 号		所 属 名 機 関 名	
療 養 者 名 氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日 生	性 別	男・女
傷 病 名		入 院 ・ 外 来 の 別	入 院 外 来	傷 病 の 原 因	
初 年 診 日 月 年	昭 和 平 成 年 月 日	医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所		保 健 医 療 機 関 保 險 薬 局 他 そ の 他	
療 養 期 間	平 成 年 月 日 から	療 養 に 要 し た 費 用	円	請 求 金 額	円
	平 成 年 月 日 まで	家 族 療 養 費 附 加 金	円	一 部 負 担 金 払 戻 金	円

組 合 員 証 の 使 用 し な か っ た 理 由	
-----------------------------	--

上記のとおり請求します。

愛知県市町村職員共済組合理事長様

平成 年 月 日

住 所

請 求 者

氏 名

⑩

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職 名

所 属 所 長

氏 名

⑩

- 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ください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。