

療 養 費 請 求 書
 家族療養費

照合	係

決定額	※ 1日 円 日分
	※ 円

組合員氏名		組合員証 記号番号		所属機関名	
療養者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 令和	性別	男・女
傷病名		入院・外来 の別	入 院 外 来	傷病の原因	
初診年月日	平・令 年 月 日	医療機関又 は薬局名及 びその住所		保険医療機関 保険薬局 その他	
療養期間	平・令 年 月 日から	療養に 要した費用	円	請求金額	円
	平・令 年 月 日まで	家族療養費 附加金	円	一部負担金 払戻金	円

組合員証を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

令和 年 月 日

住所
請求者
氏名

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職名
所属所長
氏名

印

- 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。