

治療用装具を購入した場合は、添付書類「医師の意見書」にある医師が装具の装着を認めた日を記入して下さい。

交通事故などの第三者性のあるものかどうか判断をするため、今回請求をする病気・ケガの原因を記入して下さい。
先天性のものなど分からない場合は「不詳」と記入して下さい。

療養費請求書		決定額		※ 1日 円 日分		係	
家族療養費		※		円			
組合員氏名	共済 太郎	組合員証 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇	所属機関名	〇〇市役所		
療養者氏名	共済 太郎	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生 令和	性別	男・女		
				続柄	本人		
傷病名	右膝前十字靭帯損傷	入院・外来 の別	入院	傷病の原因	スポーツ中による受傷		
初診年月日	令 4 年 4 月 3 日	医療機関又は 薬局名及び その住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇〇病院		保険医療機関 保険薬局 その他		
療養期間	令 4 年 4 月 3 日から	療養に 要した費用	115,300	円	請求金額	80,710	円
	令 年 月 日まで	家族療養費 附加金		円	一部負担金 払戻金	9,500	円
組合員証の使用しなかった理由	業者に装具製作を依頼したため			「療養に要した費用」に記入した金額 の7割（小学校就学前は8割）の金額 を記入して下さい。 ※円未満切捨			
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				自己負担額が附加金の基準額を超える 場合のみ記入して下さい。 ※100円未満切捨			
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
請求者				住所	〇〇市〇〇町〇〇		
				氏名	共済 太郎		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
				職名	〇〇市長		
				所属所長	氏名 〇〇 〇〇		

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。