

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	記号番号	-		所属機関名		
療養者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	続柄		
傷病名	傷病の原因	[ 第三者による加害行為 有・無 ]			診療区分	入院 外来 調剤
初診年月日	令和 年 月 日	医療機関 又は薬局	名称 住所	( 保険医療機関 保険薬局 その他 )		
療養期間	令和 年 月 日から	療養に要した費用	円	請求金額	円	
	令和 年 月 日まで	一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円	高額療養費	円	
マイナ保険証等を使用しなかった理由	(具体的に詳しく記入してください。)					
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 請求者 住所 氏名						
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 所属所長 職名 氏名						

- 傷病の原因は、第三者行為、公務災害、通勤災害等によるものでないかを確認できるよう、詳しく記入してください。
- ※印欄は記入しないでください。