

課長	保 健	係

療養費・家族療養費・高額療養費請求書
(家族療養費附加金・一部負担金払戻金)

支給決定伺				
決定額				円

組合員証記号番号 又は個人番号※	—		組合員 氏 名	所 属 機 関 名
療養者 氏 名		療 養 者 生年月日	年 月 日	性 別 男 ・ 女
個人番号※				
傷病名		傷病の原因		初 診 年月日
診 療 区 分	入院 ・ 外来 ・ 歯科	療養期間 (入院期間)	年 月 日 から	年 月 日 まで
医療機関又は薬局名 及びその所在地				・ 保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他
組 合 員 証 を 使 用 し な か っ た 理 由	1 証不携帯 2 装具作成 3 その他	1及び3に該当のときは、具体的に記入してください。		
療養に 要した 費 用	円	請 求 金 額	円	家 族 療 養 費 附 加 金 一 部 負 担 金 払 戻 金
				円

上記のとおり請求します。

栃木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

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

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

- 1 治療用装具等の場合は、医師の装具証明書及び領収書を添付してください。
- 2 医療費等の場合は、医療機関又は薬局の作成した診療報酬領収済明細書を添付してください。