

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	1 2 3 - 4 5 6 7	組合員	共済 太郎	所属	〇〇市役所
又は個人番号※	1 2 必須ではありません 2	氏名		機関名	
療養者氏名	共済 花子	療養者生年月日	平成2年 1月10日	性別	男・女
個人番号※	2 必須ではありません 2 3				
傷病名	腰椎症	傷病の原因	自宅で転倒	初診年月日	令和〇〇年 3月 1日
診療区分	入院・外来・歯科	療養期間(入院期間)	令和〇〇年 〇月 〇日	分かる範囲で記入してください	
医療機関又は薬局名及びその所在地	〇〇整形外科			・保険医療機関 ・保険薬局 ・その他	
組合員証を使用した理由	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	円
	1 5 0 0 0	1 0 5 0 0		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

令和〇〇年 4月 1日

住所 〇〇市〇〇町4-5-6

請求者

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 4月 1日

職名 〇〇市長

所属所長

氏名 〇〇〇〇

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

- 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。
- 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。