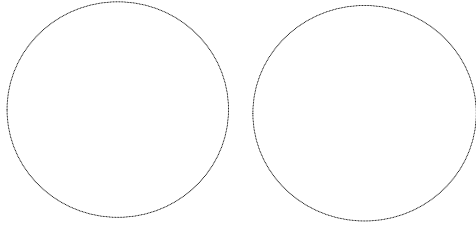


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課長	合議	担当

療 養 費 請 求 書

家 族 療 養 費

(令 和 年 月 診 療 分)

決定額	※	円
-----	---	---

組合員証記号 及び番号又は 個人番号	—	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名	
療 養 者 氏 名			生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所					
傷 病 名			傷病の原因		
初診年月日	令和 年 月 日	療 養 期 間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	
診 療 区 分	入院・外来・歯科	療 養 に 要 し た 費 用	円		
組合員証・組合員被扶養者証 を使用しなかった理由	治療用装具費・その他 ()				
算 定	※ 円 × 0.8 ・ 0.7 =				円
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">石川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>					
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>					

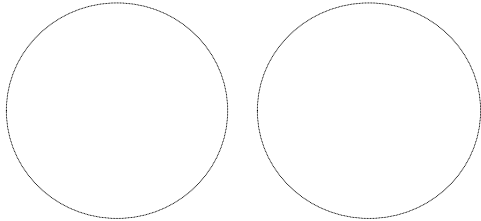
※欄は記入しないでください。

添付書類: 治療用装具の場合は、医師の必要証明書、領収明細書(原本)

その他の場合は、診療報酬領収済明細書等

共済組合受付日付印

所属所受付日付印



(記 載 例)

決 裁	課 長	合 議	担 当

療 養 費 請 求 書

(令 和 4 年 4 月 診 療 分)

決 定 額	※	円
-------	---	---

組合員証記号 及び番号又は 個人番号	123 - 456	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎	所 属 機 関 名	〇〇市役所
療 養 者 氏 名	共 済 花 子		生 年 月 日	昭和 平成 40 年 7 月 7 日 令和	
医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び 所 住 所	〇〇病院 石川県〇〇市〇〇町〇〇番地				
傷 病 名	〇〇〇〇〇〇	傷 病 の 原 因	〇〇〇〇〇〇		
初 診 年 月 日	令 和 4 年 4 月 15 日	療 養 期 間	令 和 4 年 4 月 15 日 から 令 和 4 年 4 月 30 日 まで		
診 療 区 分	入 院 ・ 外 来 ・ 歯 科	療 養 に 要 し た 費 用	23,535 円		
組 合 員 証 ・ 組 合 員 被 扶 養 者 証 を 使 用 し な か っ た 理 由	治療用装具費 ・ その他 []				
算 定	※ 円 × 0.8 ・ 0.7 =				円
上記のとおり申請します。		組合員証・組合員被扶養者証を使用しなかった理由 をお書き下さい。			
石川県市町村職員共済組合理事長 様					
令和 4 年 6 月 1 日		氏 名 共 済 太 郎			
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。					
令和 4 年 6 月 1 日					
職 名 〇〇市長					
所 属 所 長					
氏 名 〇〇 〇〇					

※欄は記入しないでください。

添付書類:治療用装具の場合は、医師の必要証明書、領収明細書(原本)

その他の場合は、診療報酬領収済明細書等