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
家族療養費　請求書

（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（性別）	昭和 平成 令和　年　月　日（男・女）		
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				

上記のとおり申請します。

石川県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

氏　名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和　　年　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名

※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、診療報酬明細書（レセプト）、領収明細書（原本）

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 家族療養費 請求書

（令和 2 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	○○市役所
療養者氏名	共済 太郎	生年月日（性別）	昭和・平成・令和 40 年 7 月 7 日（男・女）		
医療機関又は薬局名及びその住所	○○病院　石川県○○市○○町○○番地				
傷病名	○○○○○○	傷病の原因	○○○○○○		
初診年月日	令和 2 年 4 月 15 日	療養期間	令和 2 年 4 月 15 日から 令和 2 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				

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。

上記のとおり申請します。

石川県市町村職員共済組合理事長　様

令和 2 年 5 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 2 年 5 月 1 日

職名　○○市長

所属所長

氏名　○○ ○○

※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、診療報酬明細書（レセプト）、領収明細書（原本）