\-L	課長	合 議	担当
决			
44			
裁			

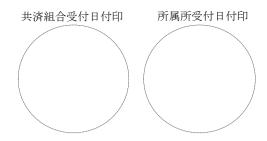
療 養 費 請 求 書

(令和 年 月診療分) 決定額 ※ 円

	(令和	年	月診	療分)	次 止	. 領		片
組合員証記号 及び番号又は 個 人 番 号	_	組合氏	î 員 名			所 属 機関名		
療 養 者 氏 名		生年(性	三月日 別)		年	月	日 (男・女)
医療機関又は 薬 局 名 及びその住所								
傷病名			1	傷病の原因				
初診年月日	令和 年	月	日 }	療養期間	令和 令和	年 年	月 月	日 から 日 まで
診療区分	入院・外来・	歯科	療養に	こ要した費用	1			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	*		F	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	目 日		氏 名				
74								
上記の記述	載事項に誤りがな	いことを確	認しま	した。				
令	和年	目 日						
		所 属	属所長	職名				
		72 , 71		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)



(記載例)

課 長	合 議	担当
裁		

療 家族療養 請求書

	(令和 2 年 4 月言	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	共併 人口	所属機関名	○○市役所
療 養 者 氏 名	共済 太郎 生年月(性 別	日 昭和 平成 40 令和	年 7 月 7	日(男・女)
医療機関又は 薬 局 名 ○○病院 石川県○○市○○町○○番地 及びその住所				
傷病名	000000	傷病の原因	000000	
初診年月日	令和 2 年 4 月 15 日	療養期間	令和2年4令和2年4	
診療区分	入院・外来・歯科療養	をに要した費用 かんかん かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいか	1	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 =	P
上記のとおり申請します。 名川県市町村職員共済組合理事長様 超合員証・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。				
令利	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	和 2 年 5 月 1 日	啦 夕 (
	所属所	職 名 (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)