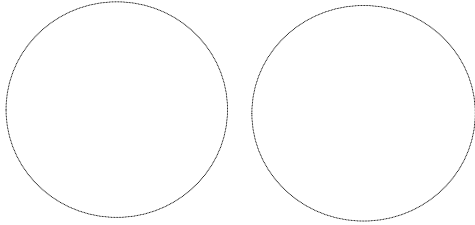


共済組合受付日付印

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
-----	-----

組合員等記号 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 所 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		
マイナ保険証・資格確認書 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 所属所長 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、診療報酬明細書(レセプト)、領収明細書(原本)