

療養費・家族療養費
高額療養費

請求書

局長	課長	係長	係	決 定 額	療養費	※	円	
課長 専決					家族療養費			円
					高額療養費	※		
組合員証 記号	番号	組合員氏名		所属機関名				
療養者氏名	生年月日		昭・平・令 年 月 日		続柄			
傷病名	入院・外来	医療機関・薬局名及びその住所		保険医療機関・保険薬局・その他				
傷病の原因 (特定できない時は不明と記入)	(1) いつ 令和 年 月 日 (: 頃)			第三者行為によるものですか				
	(2) どこで			はい ・ いいえ				
	(3) どのようにして			公務災害の区別				
初診年月日 (装具の採寸日・採型日)	令和 年 月 日	療養期間		令和 年 月 日 から				
装具装着 年月日	令和 年 月 日	療養期間		令和 年 月 日 まで				
療養に 要した費用	円	請求額	療養費	円				
			家族療養費	円				
			高額療養費	円				
組合員証を 使用しな かった理由	1. 治療用装具の購入 2. 小児治療用眼鏡等の購入 3. 組合員証等不携帯 4. はり・きゅう施術 5. その他 ()							
上記のとおり請求します。				共済組合受付印				
鹿兒島県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。								
令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名								

- 注) 1. 傷病の原因は、その状況について詳しく記入し、第三者行為・公務災害の区別を○で囲んでください。
2. 組合員証を使用しなかった理由は、該当する番号を○で囲んでください。なお、5の場合は、具体的に詳しく記入してください。
3. 療養について、入院・外来のどちらか一方を○で囲んでください。
4. ※印欄は記入しないでください。