

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	※	
課長 専決					家族療養費		円
					高額療養費	※	円
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				
	性 別		男・女 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	(1)いつ 令和 年 月 日 ( : 頃)					第三者行為によるものですか	
〔特定できない時は不明と記入〕	(2)どこで					はい・いいえ	
	(3)どのようにして					公務災害の区別	
						公務外・公務上	
初診年月日 〔装具の採寸・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				令和 年 月 日 まで		
療養に 要した費用	円		請求額	療養費			
				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							
上記のとおり請求します。					共済組合受付印		
鹿児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、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。