

船員組合員一部負担金等返還請求書

局長	課長	係長	係				
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">課長 専決</div>							
				決定額	一部負担金 返還金	※	
				円			
組合員証号 記号		番号		組合員氏名		所属機関名	
生年月日		昭・平・令		年		月 日	
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) (2) どこで (3) どのようにして				第三者行為によるものですか	
						はい ・ いいえ	
						公務災害の区別	
						公務外 ・ 公務上	
下船年月日	令和 年 月 日		療養期間		令和 年 月 日 から		
初診日	令和 年 月 日				令和 年 月 日 まで		
療養に 要した費用			請求額	一部負担金 返還金		円	
請求理由		下船後3月の療養補償の給付対象となるため					
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. 診療に要した費用の額が記載された領収(明細)書の原本を添付ください。
 2. 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。
 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。
 5. 一部負担金返還金の支払いについては、最短で受診月の3・4ヶ月後となります。