

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

受付印必要

療 養 費 請 求 書

家族療養費

				* 決 定 額				本 家	入 院 外 来
組 合 員 氏 名		組 合 員 等 記 号 番 号	—		所 属 機 関 名				
療 養 者 氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	続 柄				
傷 病 名		傷 病 の 原 因							
初 診 年 月 日	令 和 年 月 日	医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所				区 分	保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 そ の 他		
療 養 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	療 養 に 要 し た 費	円	請 求 金 額			円		
組 合 員 証 等 を 使 用 し な か っ た 理 由									
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>高知県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請 求 者 住 所 氏 名</p>									
<p>上記の掲載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所 属 所 長 職 名 氏 名</p>									

1. 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
2. 療養費の請求については別紙様式「診療報酬領収済明細書」又は請求に係る証拠書類を添えてください。※(注)
3. *印欄は記入しないでください。
4. 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を請求書内へ押印してください。

※(注)領収書は原本添付としますが、特別な事情等により返却を希望される場合は下記に記入してください。

返却希望 その理由

--