

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	※		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〕	(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	令和 年 月 日		療養期間		令和 年 月 日 から			
〔装具の採寸〕	令和 年 月 日				令和 年 月 日 まで			
装 具 装 着 年 月 日	令和 年 月 日							
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								
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 (印)								
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 (印)								

- 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。