

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

受診した医療機関の名称を記入してください。
(装具の購入、鍼灸等の施術の場合も同様です。)

療養費・一部負担金払戻金・高額療養費
家族療養費・家族療養費附加金 請求書

組合員証記号番号		組合員氏名		生年月日		所属所名	
○	○	○	静岡 太郎	昭和 平成 令和	○	○	○市
療養者氏名		生年月日		続柄			
静岡 太郎		昭和 平成 令和 ○○年 4 月 1 日		本人			
傷病名		傷病の原因		[第三者加害行為有] <input checked="" type="checkbox"/> 無			
椎間板ヘルニア		持病の悪化					
初診年月日		医療機関又は薬局名及びその住所					
令和 ○○年 ○○月 ○○日		○○病院 ○○市○○町2-2				[保険医療機関] <input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局、その他	
療養期間		入院期間		療養に要した費用			
令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで		令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで		○○○○○ 円			
給付種別		診療区分	件数	日数	請求金額	決定金額	
療養費		入院・外来			○○○○○ 円	円	
家族療養費		歯科・調剤				円	
高額療養費		入院・外来				円	
一部負担金払戻金		歯科・調剤				円	
家族療養費附加金						円	
組合員証を使用しなかった理由							
治療上必要な装具の製作者は保険契約医療機関ではない為							
上記のとおり請求します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様							
令和 ○○年 ○○月 ○○日				住所 ○○市○○町1-2-3			
請求者				氏名 静岡 太郎			
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。							
令和 ○○年 ○○月 ○○日				職名 ○○市長			
所属所長				氏名 ○○ ○○			

1. 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。
2. 欄は、記入しないでください。