

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

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			
								昭和 平成 令和							
療養者氏名				生年月日				続柄							
				昭和 平成 令和											
傷病名				傷病の原因											
				〔第三者加害行為有・無〕											
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				〔保険医療機関、 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 日から				円							
令和 年 月 日まで				令和 年 月 日まで											
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													
高額療養費		入院・外来						円		円					
一部負担金払戻金		歯科・調剤													
家族療養費附加金								円		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。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名															
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職名 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。