

療 養 費
 家族療養費 請 求 書

決定伺	課 長	課長補佐・主 幹	課 員

決定額					円
附加金等		給付額計			

記 号	番 号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名		
999	99999	共 済 太 郎	〇〇市		
療養者氏名	共 済 花 子	生年月日	昭和 平成 令和	40年 12月 24日	
		続 柄	配 偶 者		
傷 病 名	左アキレス腱断裂	初診年月日	平成 令和	〇年 〇月 〇日	
傷病の原因	バレーボール中に負傷	入院・外来の別	入 院 ・ 外 来		
		第三者による 行為の別	該 当 ・ 非 該 当		
療養期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日		※装具購入の場合は見積書の 日付を記入してください		
医療機関名 及び所在地	〇〇病院 〇〇市〇〇		区分	保 険 医 療 機 関 保 險 薬 局 そ の 他	
療養に要した 費用 (領収書金額)	100,000 円	請求額	70,000 円		
組合員証を 使用しなかつた理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具購入 2. はり・きゅう施術 3. 組合員証不携帯 4. その他 ※3. 4に該当する場合、具 体的に記入してください				
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 氏名 共 済 太 郎					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇				共済組合受付印	