

家族療養費請求書

(家族療養費・食事療養費・訪問看護療養費)

給付科目	※決定額	※給付番号
家族療養費	円	No.
家族療養費附加金	円	No.
家族訪問看護療養費附加金	円	No.

組合員証	記号	組合員	所属		
	番号	氏名	機関名		
フリガナ		生年月日		昭和	年月日
療養者氏名		傷病の原因		性別	
傷病名		医療機関		所在地	
初診年月日		平成	年月日	・薬局等	名称
入院・外来の別	入院・外来	療養に要した費用	円	食事療養に要した費用	円
療養期間	平成	年月	日から	日間	請求金額
			日まで		家族療養費
装具装着日	平成	年月	日		食事療養費
					訪問看護療養費
組合員証を使用しなかった理由					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>請求者 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					

- 1 傷病の原因欄は、傷病がケガの場合には、日時・場所・その時の用務などを詳しく書いて下さい。
- 2 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
- 3 医療機関等の診療報酬領収済明細書又は家族療養費の請求に係る証拠書類を添付して下さい。
- 4 ※印欄は、記入しないで下さい。