

## 船員組合員一部負担金返還金請求書

					※決定額	円	※No.
船員 組合 員証	記号				組合員氏名	所 属 機 関 名	
	番号				生年月日		
初 診 年 月 日	平成 年 月 日				傷 病 名		
医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び 所 在 地							
一 部 負 担 金 額					円	請 求 金 額	円
療 養 期 間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ( 日間)							
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">⑩</span></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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">⑪</span></p>							

- 1 医療機関等の領収書を添付して下さい。
- 2 療養期間が2月に及ぶ場合は、月別に請求して下さい。
- 3 ※印欄は、記入しないで下さい。