

療養費請求書

(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
療養費	円	No.
一部負担金払戻金	円	No.
	円	No.

組合員証 記号 番号	〇〇〇 〇〇〇	組合員 氏名	共済 太郎		所属 機関名	〇〇市	
療養者氏名	組合員本人		生年月日	昭和 平成	〇年〇月〇日	性別	男・女
傷病名	急性胃炎		傷病の原因	不明			
初診年月日	平成〇年〇月〇日	医療機関 ・薬局等	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇			
			名称	〇〇病院			
入院・外来 の別	入院・ <u>外来</u>	療養に要した費用	〇〇〇〇円	食事療養に 要した費用	円		
療養期間	平成〇年〇月〇日 から 〇日 まで	〇日間	請求金額	療養費	〇〇〇〇円		
				食事療養費	円		
器具装着日	平成 年 月 日			訪問看護療養費	円		
組合員証を 使用しな かった理 由	家族と旅行中、胃が痛むので最寄りの病院で診療を受けましたが、組合員証を持っていなかったため、自費で医療費の支払いをしましたものです。						
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 請求者 氏名 共済 太郎 印							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 〇年 〇月 〇日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇 印							

- 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。
- 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。
- 医療機関等の診療報酬領収済明細書又は療養費の請求に係る証拠書類を添付して下さい。
- ※印欄は、記入しないで下さい。