

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 〇〇〇	組合員 氏名	共済 太郎	所属 機関名	〇〇市		
フリガナ	キョウサイ イチロウ	療養者氏名	共済 一郎	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日	性別	男
療養者氏名	共済 一郎	傷病名	右膝靭帯損傷	傷病の原因	平成〇年〇月〇日午後6時頃、学校のグラウンドでサッカーの練習中に転倒したため		
初診年月日	平成 〇年 〇月 〇日	医療機関 ・薬局等	所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇			
入院・外来 の別	入院・ 外来	療養に要した費用	〇〇〇〇〇 円	食事療養に 要した費用	円		
療養期間	平成 年 月 日から 日 日 日まで	日間	請求金額	家族療養費	〇〇〇〇〇 円		
装具装着日	平成 〇年 〇月 〇日			食事療養費	円		
				訪問看護療養費	円		
組合員証を 使用しなかつた理由	治療用装具としてコルセット(膝装具)を購入したものです。						
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つた理由は、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家族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。