



決 裁	課長	合議	担当

療 養 費 請 求 書

(平成 年 月 診 療 分)

決定額	※	円
-----	---	---

組合員証記号 及び番号 又は個人番号	—	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名	
療 養 者 氏 名		生 年 月 日 (性 別)	昭和 平成	年	月 日 (男 ・ 女)
医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所					
傷 病 名		傷病の原因			
初診年月日	平成 年 月 日	療 養 期 間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	
診 療 区 分	入院・外来・歯科	療 養 に 要 し た 費 用	円		
組合員証・組合員被扶養者証 を使用した理由	治療用装具費・その他 []				
算 定	※ 円 × 0.8 ・ 0.7 =				円

上記のとおり申請します。

石川縣市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

氏 名 (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 年 月 日

職 名
所属所長
氏 名 (印)

※欄は記入しないでください。

添付書類: 治療用装具の場合は、医師の必要証明書、領収明細書(原本)

その他の場合は、診療報酬領収済明細書等