

療養費・高額療養費（第 回目）
 家族療養費・家族療養費附加金（共済組合）請求書
 一部負担金払戻金・移送費
 会員療養費・家族療養費（互助会）請求書

支 払 済 印

[010]

決定額	共済組合	療養費・家族療養費	円
		一部負担金払戻金・家族療養費附加金	円
		高額療養費・移送費	円
	互助会	会員療養費・家族療養費	円
決定年月日			

所属所番号	所 属 所 名

組合員証番号	氏 名	性別	生 年 月 日
		男 女	昭和 平成 年 月 日

療区 養 者分	1. 組 合 員 2. 被 扶 養 者
---------------	------------------------

氏 名	性 別	生 年 月 日
	男 女	昭和 平成 年 月 日

組合員証を使用しなかった理由
1. 治療用装具購入の為
2.

傷 病 名	初 診 日	傷 病 の 原 因
	平成 年 月 日	

移送の方法	
移送の区間	

療養区分	療 養 期 間	実 診 療 数 日 数
1. 入 院	平成 年 月 日から	
2. 通 院	平成 年 月 日まで	日

・ 保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他	
名 称	
住 所	

療養に要した額	円
請 求 額	円

請求内訳	共済組合	療 養 費 家 族 療 養 費	円	一部負担金払戻金 家 族 療 養 費 附 加 金	円
		高 額 療 養 費	円	移 送 費	円
	互助会	会 員 療 養 費 家 族 療 養 費	円		円

上記のとおり請求します。

島根県市町村職員共済組合理事長 様
 島根県市町村職員互助会理事長 様

平成 年 月 日

請 求 者 住所
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)

課 長	主 幹	係

1. 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく記入してください。また、記入しきれない場合は、裏面を使用してください。
2. 請求書は、月毎に、入院・外来・調剤毎に別葉にしてください。
3. 性別・元号及び区分は該当を○で囲んでください。