

療 養 費・一部負担金払戻金  
家 族 療 養 費・家族療養費附加金 (治療用装具) 請 求 書

※ 決 定 額	法定給付	円	附加給付	円	合 計	円
---------	------	---	------	---	-----	---

組合員氏名		所属コード	
		組合員証番号	
療養者氏名 続 柄	組合員との続柄 ( )	療養者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
装具製作者	名 称 所在地	療養に要 した費用	円
傷 病 名		初診年月日	平成 令和 年 月 日
傷病の原因		入院外来の区分	入院・外来
装具を必要とする理由			
<p>上記のとおり治療用装具が必要と認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地 名 称 医 師 氏 名</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合青森支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所 氏 名</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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(〒 - ) (☎ - - )</p> <p style="text-align: center;">所属所所在地 所 属 所 名 職 名 所属所長 氏 名</p>			

※領収書及び当該装具の処方明細の記載された資料を添付してください。  
※請求書に記載された個人情報、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。