

療養費・家族療養費払戻金

家族療養費・家族療養費附加金 **請求書**

看護料・移送料

所属所受付年月日	共済組合受付年月日

組合員等記号・番号	組合員氏名	所属名	※決定額			
公立福井			法定給付	円		
療養者氏名	生年月日		所属コード	家族療養費附加金	円	
	号	年		月		日
				計	円	
	性別	続柄	医療機関又は薬局及びその住所			
初診年月日		傷病名	傷病の原因			
年	月					日
請求金額	療養期間				療養に要した費用(円)	
	年	月	日	年		月
円			~			円
看護又は 移送の承認年月日	年月日	移送の 区間		移送の 方法		
組合員証を利用しなかった理由	由					
上記のとおり請求します。						
公立学校共済組合支部長 様		住所				
年月日		請求者		氏名		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
年月日		職名				
		所属所長		氏名		
				TEL		

- ※の欄は記入しないでください。
- 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ください。
- 看護料については看護師(準看護師)免状写し又は看護補助者使用についての施設長の証明書を添えて下さい。
- 看護料又は移送料については、看護、移送承認申請書により承認された看護の期間をこえ、又は承認された移送の区間若しくは方法によらなかった場合には、組合員証を使用しなかった理由欄にその理由を詳しく書いてください。
- 続柄の欄は長男、次男等詳細に記入してください。