

C	#	共済
1	2	3
W	5	2

療 養 費  
家 族 療 養 費  
高 額 療 養 費

## 請 求 書 (移送費)

※ 給付 コード	所属所コード	組合員証番号	事由発生		療養者性別・生年			※ 日数	※ 総医療費	※ 薬剤費																												
			年	月	性別	年号	年				月																											
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28 ~ 34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	103	104	105	106	107
SKIP																																						

療 養 者 氏 名			組合員と の 続 柄			※ 決定額	円	
傷 病 名				初診年月日	年 月 日			
傷 病 の 原 因 (該当区分に○印)	私傷病 理由 公務災害 第三者加害							)
療 養 期 間	年 月 日 から		療養に要 した費用	円		請 求 金 額		
移 送 の 承 認 年 月 日	年 月 日		移 送 の 区 間			移 送 の 方 法		
医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所						1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 (該当番号に○をつける)		
組 合 員 証 を 使 用 し な か っ た 理 由								

上記のとおり請求します。  
公立学校共済組合岐阜支部長 様

令和 年 月 日

住所  
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。

令和 年 月 日

所属所名  
所属所 所属所長名  
TEL (     )     ー

- 注 1. ※印欄は、記入しないでください。  
 2. 「性別」「年号」は、右のコードで記入してください。  
 3. 移送料を請求の場合は、  
 自動車会社(自動車の大きさ、距離記入のもの)等の領収書を添付してください。  
 4. 領収書等は、原本を添付してください。  
 5. 申請者氏名を自署する場合は、押印不要です。  
 6. 所属所長欄の押印は不要です。

性別	男	女
コード	1	2

年号	昭和	平成	令和
コード	3	4	5