

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・生年月			※ 日数	※ 総医療費	※ 薬剤費
			年	月	年号	年	月			

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)	理由 私傷病 公務災害 第三者加害
------------------------	----------------------------

療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで	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 () -

- 注 1. ※印欄は、記入しないでください。
2. 「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. 請求者氏名は自署とします。(記名押印可)
6. 所属所長欄は記入をお願いします。(ゴム印等可)

	昭和	平成	令和
年号 コード	3	4	5