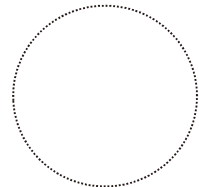


療養費（移送費）  
 家族療養費（家族移送費）  
 一部負担金払戻金  
 家族療養費附加金

請 求 書



所属所受付印

決定額	別紙のとおり
-----	--------

組合員証 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 <small>[給与のゴム印使用]</small>	所属所名 所属コード <small>[給与のゴム印使用]</small>	※治・外・入・歯・眼 ※印の欄は記入しないでください。		
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失 年月日		平成 令和	年 月 日
標準報酬月額	等級 円	フリガナ 療養者名	性別		続柄	
療養者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	初診年月日		平成 令和	年 月 日
傷病名						
傷病の原因	(具体的に)					
療養期間	平成 令和	年 月 日	から		平成 令和	年 月 日
療養に要した費用	円	請求金額	法定 一部負担金 附加金		円	※ 円
組合員証を使用しなかった理由	(具体的に)					
移送の区間					移送の方法	
治療用装具を装着した場合の医師の意見欄	患者名		傷病名			
	治療用装具の名称					
	医師の意見欄（必ず記入）					
※治療用装具作成指示書等（原本）の提出により、この欄の記載は不要	採型日	平成 令和	年 月 日	装着日	平成 令和	年 月 日
				医療機関名		
				医師の氏名	Ⓜ	
上記のとおり請求します。 <b>公立学校共済組合茨城支部長 殿</b> 令和 年 月 日 請求者 住所 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 職名 所属所長 氏名 Ⓜ						
所属所所在地 <small>(任意継続組合員は、自宅住所)</small>		(〒 - )  (電話番号)				

- 傷病の原因は、時期・場所等具体的に記入してください。
- 請求者の氏名は、自筆で記入ください。
- 続柄の欄は、長男・長女等で記入ください。