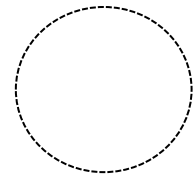


療養費(移送費)
 家族療養費(家族移送費)
 一部負担金払戻金
 家族療養費附加金

請 求 書



決定額 別紙のとおり

所属所受付印

組合員証 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 [給与のゴム印]		所属所名 所属コード [給与のゴム印]		※ 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		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)					
医療機関受診日 (療養期間)	令和 年 月 日 から 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 <small>(小児弱視等治療用眼鏡等を除く)</small>	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 証明書等(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
	令和 年 月 日 医療機関名 及び所在地 医師の氏名 印					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 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 職名 所属所長 氏名 印						
所属所所在地	(〒 -) (電話番号)					
<small>(任意継続組合員は、自宅住所)</small>						

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