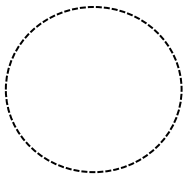


療養費(移送費)
家族療養費(家族移送費)
一部負担金払戻金
家族療養費附加金

請 求 書



決定額 別紙のとおり

所属所受付印

組合員等 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	
資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失 年 月 日	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	※印の欄は記入しないでください。	
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	円	
			一 部 負 担 金 附 加 金	※ 円	
自 費 で 療 養 を 受 け た 理 由	(具体的に)				
移 送 の 区 間				移送の 方法	
(小児弱視等治療用眼鏡等を除く) 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)				
	採型日	令和 年 月 日	装着日	令和 年 月 日	
※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	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	(〒 ー) (任意継続組合員は、自宅住所) (電話番号)				

- (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。