

家族療養費附加金請求書

所属所文書受付印

共済事務担当者印

印

※ 決定金額 円

フリガナ 組合員氏名		組合員証番号		所属所名		所属所コード	
療養者	氏名		性別	続柄	生年月日		
			男・女		昭・平・令 年 月 日		
給付対象となった 病院・施設		住所 名称					
初診の年月日		年 月 日					
傷病名							
請求期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		_____月分			
請求金額		円					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合鹿児島支部長 殿 印</p> <p>令和 年 月 日 住所</p> <p>請求者 氏名 印</p> <p>連絡先（電話 _____）</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>所属所所在地</p> <p>職 名</p> <p>所属所長 氏 名 印</p> <p>電話番号（ _____ ）</p>							