

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 | | 令和 年 月 日から 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> | | | | | | | |