

(給付様式第9-9号)

船員組合員一部負担金等返還請求書

請求の時効は事由発生から2年です。

記 番 号	公立神奈川						組合員氏名		
							所属所名		
初診年月日		年 月 日						傷病名	
下船年月日		年 月 日						下船港	
医療機関または薬局名 及び所在地									
一部負担金額		円						請求金額	円
療養期間		年 月 日～ 年 月 日 (日間)							
上記のとおり、請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 年 月 日 請求者 (署名)									

- 1 医療機関等の領収書を添付してください。
- 2 療養期間が2月以上に及ぶ場合は、月別に請求してください。

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309 横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

(給付様式第9-9号)

船員組合員一部負担金等返還請求書

請求の時効は事由発生から2年です。

記 番 号	公立神奈川						組合員氏名	三浦 次郎	
	0	8	0	2	0	0	所属所名	神奈川県立海洋科学高等学校	
初診年月日	令和○年○月○日						傷病名	○○○○	
下船年月日	令和○年○月○日						下船港	○○○港	
医療機関または薬局名 及び所在地				○○○○病院 ○○市○○ ○-○番地					
一部負担金額	15.000 円						請求金額	○○,○○○ 円	
療養期間	令和○年○月○日 ～ 令和○年○月○日 (○日間)								
上記のとおり、請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 令和 ○年 ○月 ○日 請求者 三浦 次郎 (署名)									

- 1 医療機関等の領収書を添付してください。
- 2 療養期間が2月以上に及ぶ場合は、月別に請求してください。

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309 横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179