



所属所受付印

療 養 費
家 族 療 養 費
家 族 療 養 費 附 加 金
高 額 療 養 費 請 求 書
一 部 負 担 金 払 戻 金
(看 護 料 移 送 料)

※ 決 定 額	療養費・家族療養費	円
	高額療養費	円
	家族療養費附加金	円
	一部負担金払戻金	円
	計	円

組合員氏名		組合員証 記号番号	公立宮崎 第 号	所 属 機 関 名	
療養者氏名		生年月日 性別・続柄	昭 平 令	年 月 日	性別 男 女 続柄
初診年月日	年 月 日	医療機関 又は薬局及び その住所			
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養に要した 費用	円	請求金額	円
看護又は移送の 承認年月日	年 月 日	移送の区間		移送の方法	
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	入院日数			日
組合員証を 使用しなかつた 理由		私傷病	公務災害	第三者加害	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 年 月 日 住所 請求者 氏名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものとして認めます。 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 電話番号 印					

1. 組合員証を使用しなかつた理由は具体的に詳しく書いてください。
2. ※印欄は記入しないでください。