



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
- 一 部 負 担 金 払 戻 金
- 移 送 費

請 求 書

※ 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
	移送費	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 (移送)	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	令和 年 月 日	医療機関 又は薬局及び その住所	(国外:)	
傷病名		傷病の原因		
療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養に要した 費用(移送)	円	請求金額 円
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	入院日数		日
組合員証を使用 しなかった理由	私傷病 公務災害 第三者加害			
※移送費を請求する場合は以下も記入してください				
移送の 承認年月日	令和 年 月 日	付添人 氏 名		付添人 住 所
移送の方法		移送の経路		
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 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名</div>				
上記の記載事項は、事実と相違ないものとして認め提出します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住 所 所 属 所 長 所属所名 職 氏 名 電 話 番 号</div>				

1 組合員証を使用しなかっ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。