

療養費・家族療養費 移送費・家族移送費 請求書

組合員証番号	組合員氏名	所属所コード	所属所名
公立 大分			

療養者氏名	性別	続柄	療養者生年月日	療養に 要した 費用※1	円
	男・女 (いずれかを○で囲む)		年 月 日		
傷病名	傷病の 原因※2			請求額	円
初診年月日	療養の期間			療養区分	療養日数
年 月 日	年 月 日 から	年 月 日	まで	入院・外来 (いずれかを○で囲む)	日
療養年月日※3	医療 機関・ 薬局の 名称		医療 機関・ 薬局の 所在地		
年 月 日					
組合員証を 使用しなかった理由 (いずれかを○で囲む)	1 医師が治療のため必要と認めた治療用装具を購入したため。 2 その他 ()				

※1 領収書の金額

※2 公務外であること・交通事故等の第三者加害行為以外であることがわかるよう、具体的に記入してください。

※3 領収書の日付

*移送費・家族移送費の場合のみ記入

移送了承年月日	移送区間		移送方法
年 月 日			

所属所受付		上記のとおり請求します。 公立学校共済組合大分支部長 殿 年 月 日 住 所 <請求者> 氏 名
支部受付		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所所在地 _____ <所属所長> 所属所名 _____ 職・氏名 _____ 印

補装具等の請求時には、①医師の証明書、②見積書、③請求書、④領収書以上4点（すべて原本）を添付してください。

事務担当者	
連絡先	<input type="checkbox"/> 所属所 <input type="checkbox"/> 学校支援センター
連絡先電話番号	