

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		
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	<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合大分支部長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p><請求者></p> <p>氏 名 (印)</p>
支部受付	<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>年 月 日</p> <p>所属所所在地</p> <p><所属所長> 所属所名</p> <p>職・氏名 (印)</p>

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 所属所 学校支援センター

連絡先電話番号