

療養費・一部負担金払戻金（共済）
家族療養費・同附加金（共済）
高額療養費（共済）
移送費・家族移送費（共済）
療養給付金（互助会）

請求書

入院・外来

※決定額	共済	円
	互助会	円

組合員証 記号番号	公立鳥取		所属機関名					
組合員氏名			性別		生年月日	年 月 日		
療養者氏名		性別		続柄		生年月日	年 月 日	
傷病名					初診年月日	年 月 日		
傷病の原因					療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関名 及びその住所					移送の承認 年 月 日	年 月 日		
療養に要した費用	円	組合員証を使用 しなかった理由						
請求金額	療養費 家族療養費 円	一部負担金払戻金 家族療養費附加金 円		高額療養費 円	移送費 家族移送費 円	療養給付金 円		

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合鳥取支部長 様
一般財団法人鳥取県教育関係職員互助会理事長 様

年 月 日 請求者 住所
氏 名

- 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 移送費については、移送承認申請書により承認された移送の区間・方法によらなかった場合には、「組合員証を使用しなかった理由」欄にその理由を詳しく書いてください。
- 3 「入院・外来」は、該当するものを○で囲んでください。
- 4 ※印欄は記入しないでください。