

支給決定伺	支給決定金額		事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	¥	円					
	自平成	年 月 日					
	至平成	年 月 日					
		日					

療 養 費 請 求 書 家族療養費

組合員氏名		組合員証 記号番号		所 属 機関名	
療養者氏名		生年月日 性別、続柄	年 月 日	性別 男 女 続柄	
傷 病 名		傷 病 の 原 因			
初診年月日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
療養に要 した費用	円	請求金額	円		
医療機関又 は薬局名及 びその住所			・保険医療機関 ・保険薬局 ・その他		
組合員証を 使用しなか った理由					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					
<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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					

- 1 傷病の原因及び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 装具料の請求については、装具装着にかかる医師の証明書、装具領収書及び装具内容の分かる書類を添えてください。
- 3 医療費の請求については、診療報酬領収済明細書（別紙様式第27号）を添えてください。