

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	年	月	日		
至	年	月	日			

療 養 費 請 求 書 家 族 療 養 費

組合員氏名		組合員等 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	年 月 日	療養期間	年 月 日 から 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	(名称) (住所)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他（鍼灸院等） 		
マイナ保険 証等を使用 しなかった 理由	1. 治療用装具購入 2. 鍼灸施術 3. 証等不携帯 4. その他の理由 3, 4の場合 具体的な内容				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="margin-left: 40px;">佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">住 所 請 求 者 氏 名</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 style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">職 名 所属所長 氏 名</p>					

- 1 傷病の原因は、経緯を詳しく書いてください（原因が不明であるものは「不明」としてください）。
- 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）または証拠書類を添えてください。