

療養費 請求書 [移送費]
家族療養費

決定伺	課長	係長	係

決定額	療養費	円
	家族療養費	円

組合員証記号番号 又は個人番号	組合員氏名 (ふりがな) きょうさい たろう		所属機関名	
12-3456	共済太郎		〇〇〇村役場	
療養者氏名	共済太郎	生年月日 性別・身分関係	<input checked="" type="radio"/> 昭平令 〇年〇月〇日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女 身分関係 本人
傷病名	ひざ関節捻挫	傷病の原因	スポーツ中に負傷した為	
初診年月日	令和〇〇年〇月〇日	医療機関 又は、薬局	〇〇整形外科	
療養期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで	療養に要した費用	30,000 円	療養費 家族療養費 請求金額 21,000 円
領収書の発行日	年 月 日	移送の区間		移送の方法 未記入でも可
組合員証を使用しなかった理由	治療用補装具購入の為			
上記のとおり請求します。 令和 〇年 〇月 〇日 沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿 請求者 住所 〇〇〇 〇〇 〇〇〇〇 氏名 共済太郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇				