

- 療 養 費       移 送 費  
 家 族 療 養 費       家 族 移 送 費 請 求 書  
 高 額 療 養 費

組合員証 記号番号	111 — 123		フリガナ	キョウサイ タロウ		所属所名	〇〇市	
フリガナ	キョウサイ タロウ		組合員 氏 名	共済 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※ 続柄 コード
療養者 氏 名	共済 太郎		療 養 者 生年月日	昭和〇〇年 1 月 2 日 平成		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※ 続柄 コード
傷病名	半月板損傷		※ 療養区分及 び入院期間	03 コルセット 05 医療費 08 鍼灸・マッサージ 19 その他		月 日		
初 診 年月日	平成 〇〇年 3 月 25 日		療 養 に 要した費用	12,000 円		負傷の 原因	スキーで転倒して負傷した	
※ 療 養 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで							
療養費、家族療養費請求金額	8,400 円		※					
移送費、家族移送費請求金額	「療養に要した費用」の7割（円未満切捨て） 組合員又は療養者の年齢や所得額によって支給割合が変わります。							
高額療養費請求金額								
医療機関又は薬局 名及びその住所	〇〇市◇◇◇1-2-3 △△△整形外科				(保険医療機関、保険薬局、その他) 〇〇〇義肢製作所			
移 送 の 承認年月日	平成 年 月 日		移送区間			移送方法		
組合員証を使用しなかった理由	補装具購入のため							
上記のとおり請求します。 青森県市町村職員共済組合理事長 様 平成 〇〇年 5 月 1 日 住 所 〇〇市××1-2-3 請 求 者 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。 平成 〇〇年 5 月 2 日 職 名 〇〇市長 所 属 所 長 氏 名 〇 〇 〇 〇 								

- (注) 1 組合員証を使用しなかった理由は、詳しく記入してください。  
 2 移送費・家族移送費の請求の際、医師等の意見書による移送区間若しくは方法によらなかった場合は、その理由を「組合員証を使用しなかった理由」欄に詳しく記入してください。  
 3 ※欄は、記入しないでください。