

- 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 | — | | フガナ | | 所属所名 | | | | |
| | | | 組合員 氏 名 | | | | | | |
| フガナ | | | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | ※ 続柄 コード |
| 療養者 氏 名 | 療 養 者 生年月日 | | 平成 | | | | | | |
| 傷病名 | | | ※ 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 | | | | | |
| | | | | 自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日 | | | | | |
| 初 診 年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 療 養 に 要した費用 | 円 | 負傷の 原因 | | |
| ※ 療 養 期 間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | から | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 療養費、家族療養費請求金額 | | | | 円 | ※ | | 円 | | |
| 移送費、家族移送費請求金額 | | | | 円 | 決 定 金 額 | | | | |
| 高額療養費請求金額 | | | | 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) | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 ⑩ | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印 | | | | | | | | | |

- (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。