

療 養 費
家 族 療 養 費 請 求 書
移送費、家族移送費

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------|--------------|---------|---|--|--|
| 決 裁 | 課 長 | 係 長 | 主 任 | 副 主 任 | 決 定 額 | ※ | | | |
| | | | | | | | | | |
| 組 合 員 等 | | 記 号 | 組 合 員 氏 名 | | 所 属 所 | | | | |
| | | 番 号 | | | 所 名 | | | | |
| 療 養 者 氏 名 | | 生 年 月 日 | | 昭 和 平 成 年 月 日 令 和 | 続 柄 | | | | |
| 傷 病 名 | | 傷 病 の 原 因 | | 必ず記入してください | | | | | |
| 業務上・外、第三者行為の有無 | | 1 業務上 2 第三者行為である 3 いずれにも該当しない | | | | | | | |
| 初 診 年 月 日 | 令 和 年 月 日 | | 保 険 医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び その 住 所 | | | | | | |
| 療 養 期 間 | 令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで | | 療 養 に 要 し た 費 用 | | 円 | 請 求 金 額 | 円 | | |
| 移 送 の 承 認 年 月 日 | 令 和 年 月 日 | | 移 送 の 区 間 | | 移 送 の 方 法 | | | | |
| 請 求 理 由 | 必ず記入してください | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。 京都市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名 | | | | | | | | | |

※印欄は記入しないでください。