

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	※			
							円		
組合員証		記号	組合員氏名		所 属 名				
		番号			所 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			
組合員証を使用しなかった理由			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。