療養費（附加金）
家族療養費（附加金）　請求書

			決定額	※			
組合員氏名	共済　太郎	組合員証記号番号	○○○－××××××	所属機関名	○×市役所		
療養者氏名	共済　太郎	生年月日	昭和○年1月1日	性別	男・女	続柄	本人
傷病名	左膝後十字靭帯損傷	傷病の原因	自宅で転倒した				
初診年月日	令和○○年4月1日	医療機関又は薬局の名称及びその所在地	○×病院 ○×市○○町○-○-○				
		保険医療機関等の区分	保険医療機関　・　保険薬局　・　その他				
療養期間	令和○○年4月　1日から 令和○○年4月30日まで	療養に要した費用	50,000円	請求金額	35,000円 （円位未満切捨）		
組合員証を使用しなかった理由		治療用装具購入のため					

上記のとおり請求します。

大分県市町村職員共済組合　理事長　様

令和　○○年　5月　1日

請求者　住所　○×市○○町××番地
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　○○年　5月　2日

所属所長　職名　○×市長
氏名　○　○　×　×

1．※印欄は記入しないでください。　R3.4
2．組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
3．やむを得ず保険診療が受けられなかった場合においては、保険医療機関が作成した診療報酬領収済明細書（様式第27号）又は診療報酬明細書と領収書を添付してください。
4．治療用装具を購入した場合においては、装具装着を必要と認めた医師の証明書及び領収書等の証拠書類を添付してください。
5．証拠書類が日本語で作成されていないときは、日本語の翻訳文を添付してください。