

## 療養費(附加金) 請求書 家族療養費(附加金)

		決 定 額		※		
組合員氏名		組合員証 記号番号		所 属 機 関 名		
療養者氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女	続柄
傷病名		傷病の原因				
初診年月日	平成 年 月 日	医療機関又は 薬局の名称及 びその所在地				
		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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	療養に要 した費用	円	請求金額	円	
組合員証を使用しなかった理由						
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">大分県市町村職員共済組合 理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名 (印)</p>						
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 氏名 (印)</p>						

1. ※印欄は記入しないでください。
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。