課　長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

受診した医療機関の名称を記入してください。
（装具の購入、鍼灸等の施術の場合も同様です。）

療養費・一部負担金払戻金・高額療養費
家族療養費・家族療養費附加金　請求書

組合員等記号・番号	組合員氏名	生年月日	所属所名
○○○　○○○○	静岡　太郎	昭和（○）・平成・令和　○○年　04月　01日	○○市

療養者氏名	生年月日	続柄
静岡　太郎	昭和（○）・平成・令和　○○年　4　月　1　日	本人

傷病名	傷病の原因
椎間板ヘルニア	持病の悪化　（第三者加害行為　有・無（○））

初診年月日	医療機関又は薬局名及びその住所
令和　○○　年　○○　月　○○　日	○○病院　○○市○○町２－２　（保険医療機関（○）、保険薬局、その他）

療養期間	入院期間	療養に要した費用
令和　○　年　○　月　○　日から 令和　○　年　○　月　○　日まで	令和　○　年　○　月　○　日から 令和　○　年　○　月　○　日まで	○○○○○　円

給付種別	診療区分	件数	日数	請求金額	決定金額
療養費（○） 家族療養費	入院・外来 歯科・調剤			○○○○○　円	円
高額療養費	入院・外来 歯科・調剤			円	円
一部負担金払戻金 家族療養費附加金				円	円

請求の理由

治療上必要な装具の製作者は保険契約医療機関ではない為

上記のとおり請求します。
静岡県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○○　年　○○　月　○○　日

住　所　○○市○○町１－２－３
請求者
氏　名　静岡　太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

職　名　○○市長
所属所長
氏　名　○○　○○

1. 請求の理由は、具体的に詳しく記入してください。
2. ［　］欄は、記入しないでください。