

決 裁	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	決定給付額	円
						附加給付額	円
						決裁年月日	
						送金年月日	

**療養費・家族療養費・高額療養費
一部負担金払戻金・家族療養費附加金 請求書**

記号	番号	フリガナ				所属所名(市町名)		
		組合員氏名						
療養者氏名				性別	男・女	続柄		
傷病名				年齢	歳	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
傷病の原因	※傷病の原因が、公務中の災害又は第三者行為によるものでないかを確認できるよう、詳細に記入してください。							
初診年月日	平成	年 月 日		療養期間	平成	年 月 日から	平成	年 月 日まで
医療機関 又は薬局	名称 所在地							
療養に 要した費用	円		請求金額	円				
組合員証を 使用しな かった場 合の理 由	1 装具の作成を業者に依頼したため(意見書診断日:平成 年 月 日)							
	2 組合員証不携帯(理由:)							
	3 その他()							
入通院の別	入院・通院		備考			共済組合 使用欄	装具作成履歴 有・無	

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

三重県市町村職員共済組合理事長 様

組合員住所

組合員氏名



上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

職名
所属所長
氏名



治療用装具購入にかかる請求の場合は、領収書(原本)の他に次の書類が必要です。

- ①装具作成にかかる医師の意見書(原本〔ただし、治療用眼鏡等の作成指示書の場合は写しでも可〕)
- ②装具の装着(適合)を医師が確認した年月日が記載された装着証明書(弾性着衣等の場合は不要)
- ③靴型装具にかかる申請の場合は、当該装具の写真(組合員等が実際に装着する現物の写真)