

様式第4号

本人
家族

療養費・家族療養費
入院時食事療養費
移送費・家族移送費
高額療養費・家族療養費附加金
家族訪問看護療養費附加金
一部負担金払戻金請求書

決 定 額	療養費 家族療養費	*	円
	入院時食事療養費	*	円
	移送費 家族移送費	*	円
	高額療養費	*	円
	一部負担金払戻金 家族療養費附加金	*	円
	家族訪問看護 療養費附加金	*	円

組合員証記号番号		組合員名前		所属機関名		
療養者名前		生年月日				
		年 月 日				
療	傷病名	初診年月日	療養期間	傷病の原因		
		年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで			
養	給付事由発生年月日		医療機関又は薬局名及びその所在地			
	* 年 月 日					
	給付期間					
者	* 年 月 日から 年 月 日まで		保険医療機関、保険薬局、その他			
	療養区分	日数	療養に要した費用	適用公費	請求金額	
	入院	* 泊なし 日	円		療養費 家族療養費	円
	外来	* 泊あり 日			入院時食事療養費	円
	移送の区間		移送の方法		移送費 家族移送費	円
					高額療養費	円
	組合員証、組合員被扶養者証及び標準負担額減額認定証を使用できなかった理由				一部負担金払戻金 家族療養費附加金	円
			家族訪問看護 療養費附加金	円		
備考						
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 住所 請求者 名前						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 名前						

共済組合受付日付印	上記のとおり決定してよろしいか。				
	課長	課長補佐	係長	主務	係

(注) 1 組合員証の記号番号欄には、組合員証（組合員被扶養者証）の記号番号又は個人番号を記入してください。
 2 *印欄は記入しないでください。
 (この請求書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)