

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

組合員等記号・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	
者	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
マイナ保険証等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 組合員等記号・番号欄には、組合員等記号・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。)