

# 療 養 費 請 求 書

家 族 療 養 費

整理 番号	
----------	--

組合員証 記号番号	NGY	フリガナ 組合員氏名	所 属		
療養者 氏 名			生年月日	年 月 日	続柄
傷 病 名			入院・外来 の別	入 院 外 来	傷病の 原 因
初 診 年月日	年 月 日	医療機関又 は薬局名及 びその住所			
療養期間	年 月 日から 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

上記のとおり請求します。

(あて先)名古屋市職員共済組合理事長

年 月 日

住所又  
は所属  
氏 名

請 求 者

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  
氏 名

備考

上記について支給を決定してよろしいか。				決 定 額	
事務局	次長	係長	係		