

療 家 族 療 養 費 請 求 書

整理
番号

組合員等 記号番号	NGY 123456	フリガナ 組合員氏名	共済 太郎	所 属	総務局〇〇課
療養者 氏 名	共済 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日	続柄	本人
傷 病 名	右足じん帯損傷	入院・外来 の別	入院 外来	傷病の 原因	休日に自宅の階段で足を踏み外して転落した
初 診 年月日	令和〇年〇月〇日	医療機関又は薬局名及びその住所	〇〇整形外科 愛知県名古屋市〇〇区〇〇町〇-〇		
療養期間	令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇〇日 まで	療養に要 した費用	円 〇,〇〇〇	請求金額	円 △,△△△
保険証・資格確認書を使用しなかった理由	治療用装具の制作を業者に依頼したため				
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 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請 求 者 住所又は所属 総務局〇〇部〇〇課 氏 名 共済 太郎					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長 職 名 総務局〇〇部〇〇課長 氏 名 総務 一夫					
備考					
上記について支給を決定してよろしいか。					
事務局	次長	係長	係	決定額	円