

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		所 属	
		組合員氏名			
療養者 氏 名			生年月日	年 月 日	性別 男・女
					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	療養に要 した費用	円	請求金額	円
	年 月 日まで				

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

請 求 者 住所又は所属
氏 名 氏 名 印

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

所 属 所 長 職 名
氏 名 氏 名 印

主 管 課	課長	係長	係	備 考	
上記について支給を決定してよろしいか。					
事 務 局	課長	係長	係	決 定 額	円