

療 養 費
家族療養費 請求書
高額療養費

第107条・第110条・第110条の4様式

給種コード																		所属機関名		
組合員証記号番号又は個人番号	記号																		組合員氏名	
療養者氏名																				
療養区分	1 3 器具	1 4 輸血	1 5 証不携帯	1 6 その他	診 療 区 分	7 入院	6 外来	8 歯科	入 院 期 間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで			
療養期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで										療 養 日 数		
傷病名					傷病の 原因				初 診 年月日	平成	年	月	日							
療養に要した費用					円	請 求 金 額			円	決 定 金 額										
医療機関又は薬局名及びその住所	保険医療機関・保険薬局・その他																			
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。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住 所 請求者 氏 名 ⑩																				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 ⑩																				
1 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。 2 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく記入してください。 3 治療用装具装着等の場合は、医師の必要と認める証明書及び領収書を添付してください。 4 医療費等の場合は、医療機関又は薬局等の作成した診療報酬領収済明細書を添付してください。																	所属所担当者	⑩		