

療 養 費  
家 族 療 養 費 請 求 書  
移送費、家族移送費

決 裁	課 長	係 長	主 任	副 主 任	決 定 額	※			
							円		
組 合 員 証		記 号	組 合 員 氏 名		所 属 所 名				
		番 号							
療 養 者 氏 名		生 年 月 日		昭 和 平 成 令 和	年 月 日	性 別	男 ・ 女		
						続 柄			
傷 病 名		傷 病 の 原 因		必ず記入してください					
業務上・外，第三者行為の有無		1 業務上 2 第三者行為である 3 いずれにも該当しない							
初 診 年 月 日	令 和 年 月 日		保 険 医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所						
療 養 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで		療 養 に 要 し た 費 用		円	請 求 金 額	円		
移 送 の 承 認 年 月 日	令 和 年 月 日		移 送 の 区 間			移 送 の 方 法			
組 合 員 証 を 使 用 し な か っ た 理 由		必ず記入してください							
備 考									
上記のとおり請求します。 京都市町村職員共済組合理事長 様 令和 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。 令和 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名 ⑩									

※印欄は記入しないでください。