

療 養 費 請 求 書 [移送費]
 家族療養費

決定 伺	課長	係長	係

決定 額	療 養 費	円
	家族療養費	円

組合員記号番号 又は個人番号		組 合 員 氏 名 <small>(ふりがな)</small>		所 属 機 関 名	
療養者氏名		生 年 月 日 性別・身分関係	昭 平 令	年 月 日	性 別 男・女 身分関係
傷 病 名		傷病の原因			
初診年月日	令 和 年 月 日	医 療 機 関 又は、薬局			
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	療 養 費 家 族 療 養 費 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	
請求の理由					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿 請求者 住 所 氏 名					
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 所属所長 職 名 氏 名					