家族療養費請求書

（家族療養費・食事療養費・訪問看護療養費）

給付科目	※決定額	※給付番号
家族療養費	円	No.
家族療養費附加金 家族訪問看護療養費附加金	円	No.
	円	No.

組合員等	記号	○○○	組合員氏名	共済 太郎	所属機関名（所在地）	○○市	
	番号	○○○	生年月日	昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
フリガナ	キョウサイ イチロウ		生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	性別	男	
療養者氏名	共済 一郎				続柄	長男	
傷病名	右膝靭帯損傷						
傷病の原因 ㊟ 具体的に記入してください。	発生時 〔 労務 ・ 第三者行為 ・ 私用（ 部活中 ） 〕 発生状況 （令和○年○月○日午後6時頃、学校のグランドでサッカーの練習中に転倒したため）						
初診年月日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	医療機関・薬局等	所在地	○○市○○町○○○			
			名称	○○病院			
入院・外来の別	入院・外来	療養に要した費用	○○○○○ 円	食事療養に要した費用	円		
療養期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ 日まで ○ 日間	請求金額	家族療養費	○○○○ 円			
			食事療養費	円			
装具装着日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		訪問看護療養費	円			
				円			
請求の理由 ㊟ 具体的に記入ください。	治療用装具としてコルセット（膝装具）を購入したものです。						

上記のとおり請求します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○ 年　○ 月　○ 日

請求者　住所　○○市○○町○丁目○－○

氏名　共済 太郎

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和　○ 年　○ 月　○ 日

所属所長　職名　○○市長

氏名　○○ ○○

1　医療機関等の診療報酬領収済明細書又は家族療養費の請求に係る証拠書類を添付してください。
2　※印欄は、記入しないでください。
3　傷病の原因が、労務・第三者行為の場合は給付されない場合があります。
4　「請求の理由」欄は、療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を受けることができなかった理由を具体的に記入してください。