

事務局長	課長	課員

# 療養費請求書 家族療養費

※決定額	療養費・家族療養費	円
	高額療養費	円
	訪問看護療養費 家族訪問看護療養費	円
	食事療養費	円
	一部負担金払戻金	円
	家族療養費附加金	円
	家族訪問看護療養費附加金	円

組合員等	記号	フリガナ	所属機関	名称
	番号	組合員氏名		所在地
療養を受けた者	氏名	傷病名		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	初診年月日	平成・令和 年 月 日
	組合員との続柄	入院外来の別	入院外来	傷病の原因
保健医療機関 ・薬局・その他	所在地			
	名称			
療養期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで	請求額	療養費 家族療養費	円
療養に要した費用	円		高額療養費	円
入院期間（食事療養を受けた期間）	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		訪問看護療養費 家族訪問看護療養費	円
食事療養に要した費用	円		食事療養費	円
療養の給付等を受けることができなかった理由(注1)				
上記のとおり請求します。 香川県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 印 住所 組合員 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				

- 療養の給付等を受けることができなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
  - 医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書又は、診療報酬明細書（レセプト）の写しと領収書（原本）を添付してください。
  - ※印欄は記入しないでください。
- 注1 「療養の給付等」とは療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養のことをいいます。