|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印短期請求等様式第３号 | 決 裁 |  | 次　長 | 課　長 | 主　幹 | Ｇ　Ｌ | 担　当 | 合　議 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|
| 資格取得年月日※ |  | 資格喪失年月日 |  | ※決定年月日 |  |
| ※**保険外併用療養費****請 求 書** | 決 定 額 | 療養費家族療養費保険外併用療養費 |  円 |
| 高額療養費 |  円 |
| 組合員等記号・番号 | 　　　― | 組合員氏 名 |  | 所属所名 |  |
| 療養者氏名 | （※ 年 月 日認定） | 続柄 |  年 月 日 続柄  |
| 傷病名 |  | 傷病の原因 | （ 詳しく記入してください ） |
| 初診年月日 | 年 月 日 | 療養期間 | 年 月 日から年 月 日まで | ※入院　　　日外来　　　日調剤　　　日歯科　　　日 |
| 保険医療機関又は保険薬局 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 療養に要した費用 | 円 | 請求金額 |  円 | 請求区分 | １　証不携帯２　治療用装具装着３　その他 |
| マイナ保険証等を使用しなかった理由 |  |
| 備 考 |  |
| 上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿年 月 日 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。年 月 日 職 名 氏 名  |

１　傷病の原因・マイナ保険証等を使用しなかった理由は、詳しく記載してください。

２　装具装着の場合、療養期間は装具装着証明書の日付を記載してください。

３　添付書類 ① 装具装着の場合 医師の意見書及び装具装着証明書 と 領収書及び領収明細書
 　　② マイナ保険証等不携帯の場合 診療報酬領収済明細書（又はレセプト及び領収書）

４　※印欄は記入しないでください。

(注)