受付印

決裁	事務局長	次長	課長	主幹	GL	担当	合議

短期請求等様式第３号

資格取得年月日		資格喪失年月日		※決定年月日	

療養費 **家族療養費** **保険外併用療養費** **高額療養費** **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)	生年月日 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
請求者
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
所属所長
氏名

（注）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。