療養費
家族療養費請求書

整理番号	

組合員等記号番号	NGY	フリガナ 組合員氏名		所属	
療養者氏名		生年月日	年　月　日	続柄	
傷病名		入院・外来の別	入院 外来	傷病の原因	
初診年月日	年　月　日	医療機関又は薬局名及びその住所			
療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	療養に要した費用	円	請求金額	円
保険証・資格確認書を使用しなかった理由					

上記のとおり請求します。

(あて先)名古屋市職員共済組合理事長

年　月　日

請求者　住所又は所属

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

所属所長　職名

氏名

備考	

上記について支給を決定してよろしいか。					
事務局	次長	係長	係	決定額	円