療養費
家族療養費 請求書

整理番号	

組合員等記号番号	NGY　123456	フリガナ 組合員氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎	所　属	総務局〇〇課

療養者氏　名	共済　太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日	続柄	本人

傷病名	右足骨折	入院・外来の別	入　院 (外　来)	傷病の原　因	旅行先で転倒した

初　診年月日	令和〇年〇月〇日	医療機関又は薬局名及びその住所	〇〇整形外科 愛知県名古屋市〇〇区〇〇町〇-〇

療養期間	令和〇年〇月〇日　から 令和〇年〇月〇〇日　まで	療養に要した費用	円 〇,〇〇〇	請求金額	円 △,△△△

保険証・資格確認書を使用しなかった理由	緊急でマイナ保険証を持参できなかったため

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

令和　〇　年　〇　月　〇　日

請求者　住所又は所属　総務局〇〇部〇〇課

氏　名　共済　太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　〇　年　〇　月　〇　日

所属所長　職　名　総務局〇〇部〇〇課長

氏　名　総務　一夫

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

療養費
家族療養費 請求書

整理番号	

組合員等記号番号	NGY　123456	フリガナ 組合員氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎	所　属	総務局〇〇課

療養者氏　名	共済　太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日	続柄	本人

傷病名	右足じん帯損傷	入院・外来の別	入　院 (外　来)	傷病の原　因	休日に自宅の階段で足を踏み外して転落した

初　診年月日	令和〇年〇月〇日	医療機関又は薬局名及びその住所	〇〇整形外科 愛知県名古屋市〇〇区〇〇町〇-〇

療養期間	令和〇年〇月〇日　から 令和〇年〇月〇〇日　まで	療養に要した費用	円 〇,〇〇〇	請求金額	円 △,△△△

保険証・資格確認書を使用しなかった理由	治療用装具の制作を業者に依頼したため

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

令和 〇 年 〇 月 〇 日

請 求 者　住所又は所属　総務局〇〇部〇〇課
氏　名　共済　太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

所属所長　職　名　総務局〇〇部〇〇課長
氏　名　総務　一夫

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