

療養費等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員証の記号・番号	記号 1	所属	〇〇局〇〇課		
		番号 123456		電話 〇〇〇-〇〇〇〇		
	療養者の氏名	共済花子		組合員(本人)	発病又は負傷した日	平成 3年 5月 10日
		昭和 平成・令和 57年 1月 1日生	組合員被扶養者(家族)		令和	
	傷病名等	傷病名	かぜ			
		傷病の原因	不明			
		交通事故・食中毒等、第三者による行為が原因となった傷病ですか	はい・いいえ			
		第三者行為が原因である場合は、その者の住所・氏名	(住所)	(氏名)		
	診療を受けた医療機関等の名称・所在地	(名称)	健康クリニック		(所在地)	大阪市北区梅田〇丁目〇-〇
	診療等の期間	平成 令和 3年 5月 10日から	1日間	診療等に要した費用の額	7,600 円	
組合員証を使用しなかった理由	次のいずれかに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 治療用器具等の購入のため <input checked="" type="checkbox"/> 組合員証（組合員被扶養者証）を所持していなかったため <input type="checkbox"/> その他（ ）					
上記のとおり請求します。 令和 3年 5月 14日 神戸市職員共済組合理事長 宛 住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1 組合員(請求者)の氏名 共済花子 [自宅・携帯] 電話 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇						

《提出にあたっての注意事項》

- 裏面に記載している添付書類を添えて提出してください。
- 公務上（通勤途上を含みます。）の負傷・疾病については、共済組合（短期給付）の給付対象にはなりません。
- 交通事故・食中毒等、第三者による行為が原因となる傷病について医療機関等で保険診療を受けるときは、共済組合に「損害賠償申告書」を提出してください。
- 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」（様式 3-11）をあわせて提出してください。

組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」（様式 3-17）をあわせて提出してください。

共済組合受付印	共済組合事務処理欄		
	事務局次長	医療係長	係
	伺		
	下記のとおり決定する。 令和 年 月 日		
	支給額		円
内訳	法定給付	×	=
	附加給付()	-	=