家族療養費附加金請求書

所属所文書受付印

共済事務担当者印
㊞

※

決定金額	円

フリガナ 組合員氏名	組合員証番号	所属所名	所属所コード

療養者	氏名	性別	続柄	生年月日
		男・女		明・大・昭・平　年　月　日

給付対象となった 病院・施設	住所 名称
初診の年月日	年　月　日
傷病名	
請求期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　　月分
請求金額	円

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合鹿児島支部長　殿　　〒

平成　年　月　日　　住所

請求者　氏名　　㊞

連絡先（電話　　）

上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。

平成　年　月　日

〒

所属所所在地

職名

所属所長　氏名　　印

電話番号（　　）