

☐療 養 費 ☐移 送 費
☐家 族 療 養 費 ☐家 族 移 送 費 請 求 書
☐高 額 療 養 費

組合員等 記号番号	—		フリガナ		所属所名			
フリガナ			組合員 氏 名					
療養者 氏 名			療 養 者 生年月日	年 月 日		※ 続柄 コード		
傷病名			※ 療養区分及 び入院期間	03 コルセット 05 医療費（不携帯） 08 鍼灸・マッサージ 19 その他				
			自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日					
初 診 年月日	令和 年 月 日		療 養 に 要した費用	円	負傷の 原 因			
※ 療 養 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						日
療養費、家族療養費請求金額				円	※ 決 定 金 額		円	
移送費、家族移送費請求金額				円				
高 額 療 養 費 請 求 金 額				円				
医療機関又は薬局 名及びその住所						(保険医療機関、保険薬局、その他)		
移 送 の 承 認 年 月 日	令和 年 月 日		移送区間			移送方法		
マイナ保険証等 を使用しなかった理由								
上記のとおり請求します。 青森県市町村職員共済組合理事長 様 令和 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。 令和 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名								

- (注)1 マイナ保険証等を使用しなかった理由は、詳しく記入してください。
- 2 移送費・家族移送費の請求の際、医師等の意見書による移送区間若しくは方法によらなかった場合は、その理由を「マイナ保険証等を使用しなかった理由」欄に詳しく記入してください。
- 3 ※欄は、記入しないでください。