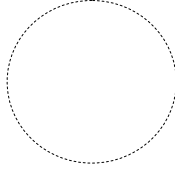


受 付 印



短期請求等様式第3号

決 裁	事務局長	次 長	課 長	課長補左	G L	担 当	合 議

資格取得年月日		資格喪失年月日		※決定年月日	
療 養 費 家 族 療 養 費 保 険 外 併 用 療 養 費 高 額 療 養 費 請 求 書		決 定 額	療 養 費 家 族 療 養 費 保 険 外 併 用 療 養 費	※	円
			高 額 療 養 費	※	円
組合員証 記号番号		組合員 氏 名		所属所名	
療養者氏名	(※ 年 月 日認定)	生年月日	年 月 日	性別 男・女	続柄
傷 病 名		傷 病 の 原 因	(詳 しく 記 入 し て く だ さ い)		
初診年月日	年 月 日	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	
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
組合員証を使用 しなかった理由					
備 考	(入 院 ・ 外 来 ・ 歯 科)				
上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 印					
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 職 名 所 属 所 長 氏 名 印					

- (注) 1. 傷病の原因・組合員証を使用しなかった理由は、詳しく記載して下さい。
 2. 装具装着の場合、療養期間は装具装着証明書の日付を記載して下さい。
 3. 添付書類 ① 装具装着の場合 医師の意見書及び装具装着証明書 と 領収書及び領収明細書
 ② 組合員証不携帯の場合 診療報酬領収済明細書 (又はレセプト及び領収書)
 4. ※印欄は記入しないで下さい。