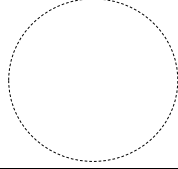


受付印



決 裁	事務局長	次 長	課 長	主 幹	G L	担 当	合 議

短期請求等様式第3号

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		決 定 額	療 養 費 家 族 療 養 費 保険外併用療養費		※
			高 額 療 養 費		※
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	
傷 病 名			性別・続柄	性別 男・女 続柄	
			傷病の原因	(詳しく記入してください)	
初診年月日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から	※入院	日
			年 月 日まで	外来	日
				調剤	日
				歯科	日
保 険 医 療 機 関 又 は 保 険 薬 局	名称				
	所在地				
療養に要 した費用	円	請求 金額	円	請求 区分	1 証不携帯 2 治療用装具装着 3 その他
組合員証を使用 しなかった理由					
備 考					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>年 月 日 住 所</p> <p>請 求 者 氏 名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日 職 名</p> <p>所 属 所 長 氏 名</p>					

- (注) 1 傷病の原因・組合員証を使用しなかった理由は、詳しく記載してください。  
 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ください。  
 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ください。