

療 養 費  
 家族療養費  
 高額療養費

入院  
 請求書 外来（看護科・移送料）  
 歯科

組合員証 記号番号	地・奈良	組合員 氏 名		所属名 (コード)	
療養者 氏 名		生年月日 続柄	年 月 日 続柄 ( ) 年齢 ( ) 歳 <input type="checkbox"/> 小学校修学前		
傷病名			初診年月日	令和 年 月 日	
傷病の 原 因		医療機関 又は薬局 名・住所		<input type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 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
看護・移送 承認年月日		移送の 区 間		移送の方法	
組合員証を 使用しな かった理由					
備 考					
上記のとおり請求します。 地方職員共済組合奈良県支部 殿 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。 年 月 日 職名 所属所長 氏名 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">公印</div>					

- ※印欄は記入しないでください。
- 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。

決 定 額	療 養 費	※	
	家族療養費		円
	高額療養費	※	
			円