

船員組合員一部負担金等返還請求書

		※ 決定額		円		※No.
船員組合証	記号	組合員氏名	(フリガナ)		所属機関名	
	番号		生年月日	昭和 平成		
初診年月日	令和 年 月 日		傷病名			
医療機関 又は薬局名 及び所在地						
一部負担金額	円		請求金額		円	
療養期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>高知縣市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>						
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>						

- 1 医療機関等の領収書を添付して下さい。
- 2 受診年月ごと、かつ、医療機関、薬局ごとに記入して下さい。
- 3 ※印欄は、記入しないで下さい。