

組合員の請求により家族療養費附加金が支給される場合  
 (被扶養者である子が公費負担による養育医療等を受けて自己負担額が生じたとき)

家族療養費附加金請求書

所属所文書受付印

受付

〇〇.〇〇.〇〇

共済小学校

共済事務担当者



※ 決定金額  円

フリガナ 組合員氏名 キョウサイ タロウ 共済 太郎	組合員証番号 234567	所属所名 鹿児島市立共済小学校	所属所コード 765432
療養者	氏名 共済 夏子	性別 男・女	続柄 長女
		生年月日 昭・平・令 〇〇年9月20日	
給付対象となった 病院・施設	住所 鹿児島市共済町5-5	名称 鹿児島共済病院	
初診の年月日	令和 〇〇年 9 月 20 日		
傷病名	早産児		
請求期間	令和 〇〇年 10 月 1 日から 令和 〇〇年 10 月 31 日まで	1 月分	
請求金額	31,870 円		
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合鹿児島支部長 殿 〒890-8566 令和〇〇年 1月23日 住所 鹿児島市共済町2-2 請求者 氏名 共済 太郎 連絡先 (電話 099-222-1111 )			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年 1月23日 〒 890-8577 所属所所在地 鹿児島市共済町3-3 職名 校長 所属所長 氏名 鹿児島 一郎 電話番号 ( 099-111-2222 )			



添付書類  
 ・養育医療等に係る自己負担金の納入について病院・施設等からの通知文書の写し  
 ・自己負担金納入の領収書