

## 船員組合員一部負担金返還金請求書

				※決定額	円	※No.
船員 組合 員証	記号				組合員氏名	所 属 機 関 名
	番号				生年月日	
初 診 年 月 日	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	年 月 日 ~			年 月 日 ( 日間)		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>						

- 1 医療機関等の領収書を添付して下さい。
- 2 療養期間が2月に及ぶ場合は、月別に請求して下さい。
- 3 ※印欄は、記入しないで下さい。