

# 船員組合員一部負担金等返還請求書

|   |          |   |       |          |       |       |
|---|----------|---|-------|----------|-------|-------|
|   |          |   |       | ※ 決 定 額  | 円     | ※ No. |
| 船員<br>組合<br>員証  | 記号       |   | 組合員氏名 |          |       | 所 属   |
|   | 番号       |   | 生年月日  | 昭和<br>平成 | 年 月 日 | 機 関 名 |
| 初 年 月 日<br>診 日  | 令和 年 月 日 |   | 傷 病 名 |          |       |       |
| 医療機関<br>又は薬局名<br>及び所在地  |          |   |       |          |       |       |
| 一 部<br>負 担 金 額  |          | 円 |       | 請 求 金 額  |       | 円     |
| 療 養 期 間 令和 年 月 日 ~ 令和 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;">令和 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</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 style="text-align: center;">令和 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</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。