

支 出 計 算 書						伝票番号				小切手番号		
支部長	理事	GL	副GL	主査	グループ員	1	2	3	4			
記入は不要です。						5	6	7	8	9	10	
						令和		年	月	日		
※ 決裁年月日		※ 決定額		療養費・家族療養費		高額療養費		氏名				印
令和 年 月 日		法定給付		25	31	39	45					
該当するものに○をして ください。(分からない場合は 未記入でも構いません。)		附加給付		32	38	合計						
		計										
請求書						24						
組合員証番号		初診年月日				平成		年		月 日		
組合員氏名		傷病名				令和		年		月 日		
療養者氏名		本人:1		23		傷病の原因						
療養者生年月日		大・昭		年 月 日		療養期間		令和 年 月 日 から		46	47	
		平・令		続柄				令和 年 月 日 まで			日間	
療養に要した費用		円		医療機関又は薬局の				※ 医療機		48		
請求額	療養費		高額療養費		住所及び氏名		保険医療機関		※ 記入は不要です。			
	法定給付等		円				他		※		49	
	附加給付等		円				所在					
計		円				区分						
組合員証を使用しな かった理由		裏面のおおりに										
過去の高額療養費の 支給状況等		記入は不要です。										
上記のとおり請求します。						所属部(室)グループ名						
文部科学省共済組合広島大学支部長 殿						住 所						
令和 年 月 日						氏 名						

※裏面の注意書きをよく読んで記入してください。

部局受付年月日	受付者