

共済組合使用欄		課長	副課長	主幹	副主幹	係
起案	・	・				
決定	・	・				

伺
別紙のとおり
療養費等支給状
況証明書を
交付してよろし
いか。

療養費等支給状況証明願

所 属 所 コ ー ド		企 業		番 号	
所属所 名 称				組 合 員 氏 名	
療養を 受けた者	氏 名			組 合 員 と の 続 柄	
	生年月日	年	月	日	性 別
医療機関等の名称				診 療 年 月	平 成 年 月
使用目的					
兵庫県市町村職員共済組合 理事長様 上記のとおり、療養費等支給状況について証明願います。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏 名 (印)</div>					

- ・医療機関等の領収書の写しを添付してください。
- ・診療月ごとに証明願を提出してください。
- ・証明書の発行は診療月から3ヶ月目以降になります。



共済組合使用欄

証明発送日	平成 年 月 日
証明発送先	所 属 所 ・ 依 頼 者 ・ そ の 他 ()