

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			
1	1	1				9	9	9
所属所 名称	□ △ 市		組合員 氏名	神戸 一夫				
療養を 受けた者	氏名	神戸 次郎		診療年月	平成			
	生年月日	H30 年 12 月 20 日			令和	4 年 10 月		
医療機関等の名称	春來外科病院							
使用目的	子ども医療費の還付申請をするため							
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。 令和 5 年 1 月 1 日 組合員氏名 神戸 一夫								

- ・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	令和 年 月 日
証明発送先	所属所・依頼者・その他()