

保健給付証明書交付申請書

記号 - 番号 (職員番号)	組 合 員 氏 名
-	
所 属	発 行 理 由
受 診 者 氏 名	医 療 機 関 の 名 称
受 診 年 月	受 診 種 別
平・令 年 月	入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 装具
受 診 者 氏 名	医 療 機 関 の 名 称
受 診 年 月	受 診 種 別
平・令 年 月	入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 装具
受 診 者 氏 名	医 療 機 関 の 名 称
受 診 年 月	受 診 種 別
平・令 年 月	入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 装具

上記内容の保健給付証明書の発行を申請します。

大阪市職員共済組合 あて

令和 年 月 日

氏 名 : _____

電話番号: _____

装具の場合は、受診年月に購入月を記載してください。