

# 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
1 - 1234567	共済 太郎
所属	発行理由
局	の請求をするため
受診者氏名	医療機関の名称
共済 花子	病院
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
共済 花子	薬局
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： 共済 太郎	
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。