保健給付証明書交付申請書

| 記 号 | | _ | | | 番 | 番号 | | | 組 | 合 | 員 | 氏 | 名 | |
|------------------------|-----|---|---|---|-------------|-----|------------|---|----|---|----|----------------------|---|--|
| | | - | _ | | | | | | | | | | | |
| 所 属 | | | | | | | 行 | 行 | | 由 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受 | 診 | 者 | 氏 | 名 | 医 | . H | 寮 | 機 | 関 | の | 名 | 称 | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| • | 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 | . H | 寮 | 機 | 関 | の | 名 | 称 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 受 | 診 | 年 | 月 | | | 受 | | 診 | | 種 | 別 | | |
| | 平•令 | | 年 | 月 | | | 入院 | | 外来 | | 調剤 | • 装 | 川 | |
| | 受 | 診 | 者 | 氏 | 名 | 医 | . H | 寮 | 機 | 関 | の | 名 | 称 | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 令和 | 年 | | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 氏 名 | ፭ : | | | | | | | |
| | | | | | | | 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。