

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	
①	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
②	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
③	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
<p>上記内容の保健給付証明書の発行を申請します。</p> <p>大阪市職員共済組合 あて</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名： _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号： _____</p>		

※ 装具の場合は、受診年月に購入月を記載してください。