

## 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	
〇〇局		〇〇〇〇〇の請求をするため	
①	受診者氏名	医療機関の名称	
	共済 花子	〇〇〇〇 病院	
	受診年月	受診種別	
平令 〇〇年 〇〇月	入院・外来・調剤・装具		
②	受診者氏名	医療機関の名称	
	共済 花子	〇〇〇〇 薬局	
	受診年月	受診種別	
平令 〇〇年 〇〇月	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		
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
		氏名： 共済 太郎	
		電話番号： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

※ 装具の場合は、受診年月に購入月を記載してください。