

## 保健給付証明書交付申請書

記号	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。