医師 〇〇 〇〇 殿

組合員 住所 さいたま市浦和区岸町7-5-14 氏名 **共済 太郎**

保健給付に係る証明について (依頼)

埼玉県市町村職員共済組合へ、療養費(家族療養費)を請求するにあたり、必要がありますので、次のとおり証明してください。

保健給付に係る証明書					
組合員証記号番号		999 - 9999 所属所名		O O 市	
療養者	氏 名	共済 花子		組合員との続柄	妻
	生年月日	昭和51年9月1日		性別	男女
傷病名		椎間板ヘルニア			
治療材料	材 料 名	体幹装具			
	必要とし た 理 由	腰部手術による治療の		ため	
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。					

令和 ○年 ○月 ○日

住 所 〇〇市〇〇町1-1

療養担当者 名 称 〇〇病院

氏 名 医師名

[組合員の心得] 1. コルセット等治療材料代を請求する場合、当該領収書とともに療養費(家族療養費)請求書に添えてください。

2. 本書を保健給付の請求以外に使用する場合は、証明料を徴されることがあります。