

短期給付決定通知書

(住所)

(氏名)

(所属所名)

(コメント)

振込予定日	
金融機関名	
支店名	
口座番号	
支給総額	円

受診者氏名	診療年月	日数	診療区分・給付種別	医療費総額	法定給付額	公費負担額	自己負担額	家族療養費 附加金	高額療養費	入院 附加金	支給額

(所属所) (証番号) (所属所・企業) (部署コード)

様

親展

山口県市町村職員共済組合 保険課
〒753-8529 (個別番号)
山口市大手町9番11号 自治会館3階
TEL 083-925-6142

● 給付金口座に変更はありませんか？
給付金口座に変更があると、予定通り送金がおこなえない場合があります。通知書の内容をご確認の上、該当する場合は速やかに共済組合へご連絡ください。

(例)

- ・ 給付金口座をすでに解約している。
- ・ 結婚等により姓が変わったが、金融機関で口座の名義変更をおこなっていない。

短期給付決定通知書

次のとおり給付金を決定し、その金額を送金しますのでお知らせいたします。

振込予定日		
金融機関名		
支店名		
口座番号		
支給総額	種目	円

受診者氏名	診療年月	日数	診療区分・給付種別	医療費総額	法定給付額	公費負担額	自己負担額	家族療養費 附加金	高額療養費	入院 附加金	支給額
合			計								

