

高額療養費請求書
(本人・家族)

給付科目	※決定額	※給付番号
高額療養費	円	No.
公費種別	重度心身・母子家庭・心身 乳幼児及び児童・子ども・その他()	

組合員証	記号	組合員氏名	所属機関名		
フリガナ	療養者氏名		生年月日	昭和 平成	性別 男・女
傷病名	療養(食事療養を除く)に要した費用		円		
医療(訪問看護)機関	所在地名称	過去の受給回数(12ヶ月間)		1. 3回未満 2. 3回以上	
療養(訪問看護)期間	平成 年 月 日から 日まで	入院(日間)	外来(日間)	訪問看護(日間)	課税(市町村民税)の有無
標準報酬月額	第 級 円	※適用区分	1. 課税 2. 非課税		

上記のとおり請求します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

住所
請求者 氏名

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名
所属所長 氏名

印

委任状

上記の請求に係る高額療養費の受領について

市町 長に委任します。
村

平成 年 月 日
委任者氏名

印

送金口座	金融機関	銀行 (本・支) 店 農協 (本・支・出張) 所	フリガナ		
口座番号	(普)		口座名義		

1 受診した医療機関から市町村への請求書(写)等を添付して下さい。

2 ※印欄は、記入しないで下さい。