

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 〇〇〇	組合員 氏名	共済 太郎		所属 機関名	〇〇市	
フリガナ	キョウサイ ジロウ		生年 月日	昭和平成 〇年〇月〇日	性別	男・女	
療養者氏名	共済 二郎		月日	昭和平成 〇年〇月〇日	続柄	二男	
傷病名	〇〇〇〇		療養(食事療養を除く)に要 した費用	〇〇〇〇〇円			
医療(訪問 看護)機関	所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇			過去の受給回数 (12ヶ月間)	① 3回未満 2. 3回以上	
	名称	〇〇病院					
療養(訪問 看護)期間	平成〇年〇月〇日	〇日から	〇日まで	入院(〇日間) 外来(〇日間) 訪問看護(〇日間)	課税(市町村民税)の有無	① 課税 2. 非課税	
標準報酬月額	第〇級	〇〇〇〇〇〇円		※適用区分			

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

平成〇年〇月〇日

請求者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
氏名 共済 太郎



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成〇年〇月〇日

所属所長 職名 〇〇市長
氏名 〇〇 〇〇



委任状

上記の請求に係る高額療養費の受領について

〇〇 市 町長に委任します。
村

平成〇年〇月〇日
委任者氏名

共済 太郎



送金 口座	金融機関	〇〇 <u>銀行</u> 〇〇 農協	(本・支)店 (本・支・出張)所	フリガナ	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	口座番号	(普) 〇〇〇-〇〇〇〇		口座 名義	〇〇〇〇〇〇	

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。