

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・ひとり親家庭・心身乳幼児及び児童・子ども・その他( )	

組合等 記号 番号	組合員氏名 生年月日	昭和 平成 年 月 日	所属 機関名 (所在地)	フリガナ	療養者氏名 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	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)		続柄
療養(訪問看護)期間	令和 年 月 日から	入院(日間) 外来(日間) 訪問看護(日間)	日まで	標準報酬月額 第 級 円	※適用区分	1. 3回未満 2. 3回以上	課税(市町村民税)の有無
						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 様

令和 年 月 日

住所  
請求者 氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 年 月 日

職名  
所属所長 氏名

委任状

上記の請求に係る高額療養費の受領について

市長に委任します。  
町

令和 年 月 日

委任者氏名

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

- 1 受診した医療機関から市町村への請求書(写)等を添付してください。
- 2 組合員が市町村民税非課税者等に該当する場合は、市町村民税の非課税証明書等を添付してください。
- 3 ※印欄は、記入しないでください。