

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	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎		所属機関名	〇〇市	
	番号	〇〇〇	生年月日	昭和	〇年〇月〇日	(所在地)		
フリガナ	キョウサイ ジロウ			昭和	〇年〇月〇日	性別	男・女	
療養者氏名	共済 二郎			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	令和	〇年〇月	〇日から	入院(〇日間)	〇日間	課税(市町村民税)の有無		
			〇日まで	外来()日間				
				訪問看護()日間				
標準報酬月額	第	〇級	〇〇〇〇〇〇円	※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 様

令和 〇年 〇月 〇日

住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
請求者 氏名 共済 太郎

上記の記載事項に誤りが無いことを確認しました。

令和 〇年 〇月 〇日

職名 〇〇市長
所属所長 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 長に委任します。
町

令和 〇年 〇月 〇日

委任者氏名 共済 太郎

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

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。