

(一財)福島県市町村職員福祉互助会

医療費請求書

市町村番号	会員番号							給付区分					
.....	6	○	○	○	○	○	○	1	1	入院見舞金			
給付期間	平成・令和			7	4	から	平成・令和			1	7	3	まで
療養を受けた者の氏名	福島 太郎					療養者区分		6・8・9					
	昭和	○	○	○	生	療養を受けた月		令和	○	○			
保険証の種類	国保・協会けんぽ・健保組合 共済・後期高齢・その他					保険証記号番号		島○ ○○○○○○ ○○					
医療機関名(病院、薬局名等)		医療機関に支払った額			給付番号		給付額						
○ ○ 病院		10,250 円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
家族会員記入欄													
療養を受けた者の氏名	福島 花子					療養者区分		7					
	昭和	○	○	○	生	療養を受けた月		令和	○	○			
保険証の種類	国保・協会けんぽ・健保組合 共済・後期高齢・その他					保険証記号番号		島○ ○○○○○○ ○○					
医療機関名(病院、薬局名等)		医療機関に支払った額			給付番号		給付額						
○ ○ 病院		10,200 円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
		円			.....		.....千 00 円				
<p>上記のとおり、領収書の写しを添付し請求いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 ○年 ○月 ○日</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人 福島県市町村職員福祉互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">退職会員 〒 960-8068</p> <p style="text-align: center;">(請求者)継続会員 住所 福島市太田町13-53</p> <p style="text-align: center;">配偶者会員 氏名 福島 太郎</p>													

※重度心身障害者等のの方は、地方公共団体の条例に基づき医療費(自己負担額)が給付されますので、互助会からの給付はありません。