

記入例

(一財)福島県市町村職員福祉互助会

給付期間は令和7年4月以降

医療費請求書

会員になられた方のみ記入

会員番号の先頭の数字を記入

市町村番号	会員番号										給付区分	1	1	入院見舞金	千	0	円	0
	6	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
給付期間	平成・令和	年	7	月	4	から	平成・令和	年	1	月	7	年	3	月	まで			
療養を受けた者 者の氏名	福島 太郎					療養者区分	6 · 8 · 9											
昭和	年	○	月	○	日	生	療養を受けた月	令和	年	○	月							
保険の種類	国保	・協会けんぽ	・健保組合	共済	・後期高齢	・その他	保険等記号番号	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		0 0
○ ○ ○ クリニック	20, 300 円		0 0

太郎さんの通院(例)

9/10 ○○病院 内科 (外来) 5, 250円
 9/25 ○○病院 皮膚科 (外来) 5, 000円

同一病院の外来なので、合算して10, 250円と記入してください。同じ病院でも入院、歯科・口腔外科は合算せずに分けて記入してください。

互助会記入欄のため記入不要

※重度心身障害者等の方は、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。

家族会員記入欄

療養を受けた者 者の氏名	福島 花子					療養者区分	7							
昭和	年	○	月	○	日	生	療養を受けた月	令和	年	○	月			
保険の種類	国保	・協会けんぽ	・健保組合	共済	・後期高齢	・その他	保険等記号番号	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		0 0
□ □ 薬局	6, 500 円		0 0

花子さんの通院(例)

9/12 ○○病院 皮膚科 (外来) 10, 200円
 9/12 □□薬局 (○○病院処方) 6, 500円

病院と薬局はそれぞれ分けて記入してください。
 その結果、それぞれ6, 120円以上にならない場合は、請求対象外となりますので、記入不要です。

互助会記入欄のため記入不要

上記のとおり、領収書の写しを添付し請求いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

一般財団法人 福島県市町村職員福祉互助会理事長 様

退職会員 〒 960-8068

(請求者)継続会員

住所 福島市太田町13-53

配偶者会員

氏名 福島 太郎

氏名は自署もしくは記名押印

裏面もご覧ください