

給付期間は令和7年4月以降
会員になられた方のみ記入

医療費請求書

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									
	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														00		
○ ○ ○ クリニック		20,300 円														00		
太郎さんの通院(例)																00		
9/10 ○○病院 内科(外来)		5,250円														00		
9/25 ○○病院 皮膚科(外来)		5,000円														00		
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。																00		
																00		
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														00		
□ □ 薬 局		6,500 円														00		
花子さんの通院(例)																00		
9/12 ○○病院 皮膚科(外来)		10,200円														00		
9/12 □□薬局(○○病院処方)		6,500円														00		
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。																00		
																00		
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																		

※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。

氏名は自署もしくは記名押印

裏面もご覧ください