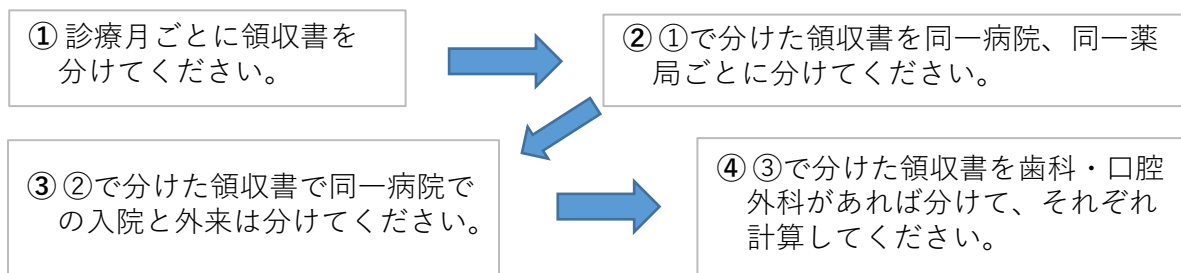


請求手続きに係る注意点

A. 領収書を区分けする

領収書を以下①～④の手順で区分けしてください。



B. 医療費請求書を記入する

(一財)福島県市町村職員福祉互助会
医療費請求書

医療費請求書は、療養を受けた月の翌月以降に提出してください。

医療費請求書は、療養を受けた月ごとに用紙を分けて記入してください。

市町村番号	会 員 番 号	捺印区分	入 院 見 舞 金
		1 1	
令和 年 月 日		から	平成・令和 年 月 日
	療 養 者 区 分	6	
	療 養 を 受 け た 月	令和 年 月 日	
	保 険 等 記 号 番 号		

※右の方は、地方公共団体の職員で、退職金受給者の方

療 養 者 区 分	療 養 を 受 け た 月	保 険 等 記 号 番 号	

家族会員記入欄

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	

療 養 を 受 け た 月

療 養 を 受 け た 月	療 養 者 区 分	保 険 等 記 号 番 号	
---------------	-----------	---------------	--

C. 添付書類

領収書の写し

受診者氏名、保険点数および保険診療分の自己負担額が確認できるものを添付してください。

「限度額適用認定証の写し」もしくは「マイナポータル保険情報の画面コピー」

保険診療分の自己負担額が35,400円を超えている場合は、必ずどちらかを添付してください。

※「マイナポータル保険情報の画面コピー」を添付される場合は、健康保険証の資格情報が確認できるページおよび限度額適用認定証の適用区分が確認できるページをご提出ください。