

(様式第7号)

(一財)福島県市町村職員福祉互助会

記入例

※ 金額が6, 120円未満の場合は医療費の請求対象外となるため、請求書に記入は不要ですが、令和8年8月に診療を受けた分の請求からは、領収書の添付が必要となります。

市町村番号	会 員 番 号										給付区分		会 員 番 号 の 先 頭 の 数 字 を 記 入																		
.....	6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	1	1	入 院																		
療養を受けた者の氏名	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										保 険 等 記 号 番 号		島 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○																		
附加給付制度 ☐ あり(健康保険制度からの決定通知書などの書類の添付が必要です) ☐ なし																															
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									
A 病 院										8, 250 円										互助会記入欄のため記入不要											
太郎さんの通院(例)																															
A病院 (内科外来) 5, 250円																															
A病院 (内科外来) 3, 000円																															
A病院 (歯科外来) 2, 500円																															
同一病院の外来なので、合算して8, 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。																															
※ A病院の歯科外来分は6, 120円未満のため医療給付の対象外ですので請求書に記載は不要です。																															
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	○	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										保 険 等 記 号 番 号		島 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○																		
附加給付制度 ☐ あり(健康保険制度からの決定通知書などの書類の添付が必要です) ☐ なし																															
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									
B 病 院										30, 000 円										互助会記入欄のため記入不要		0 0									
D 薬 局										7, 000 円												0 0									
花子さんの通院(例)																															
B病院 (眼科入院) 30, 000円																															
B病院 (眼科外来) 2, 000円																															
C病院 (内科外来) 5, 000円																															
D薬局 (B病院眼科外来処方) 1, 000円																															
D薬局 (C病院内科外来処方) 7, 000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円未満の場合は、請求対象外となりますので、記入不要です。																															
療養を受けた月のすべての領収書は添付しましたか。 ☐ はい(確認して✓をお願いします。)																															
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 ○																															
一般財団法人 福島県市町村職員福祉互助会																															
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																															

※ 重度心身障がい者等により地方公共団体の条例に基づき医療費助成制度の適用を受けている方は、互助会からの給付はありません。

医療費請求書は福島県市町村職員共済組合ホームページ内の福祉互助会からダウンロードすることができます。

福島県市町村職員共済組合ホームページURL (<https://fukushima-ctv-kyousai.jp>)