

(様式第7号)

(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						
.....	1 1	入院見舞金					0 0
給付期間	平成・令和		年	月	から	平成・令和		年	月	まで		
療養を受けた者の氏名						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						
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					
		円					円					
		円					円					
		円					円					
		円					円					
		円					円					
家 族 会 員 記 入 欄												
療養を受けた者の氏名						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						
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					
		円					円					
		円					円					
		円					円					
		円					円					
		円					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>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>退職会員 千</p> <p>(請求者)継続会員 住所</p> <p>配偶者会員 氏名</p>												

※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。