

(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					千	円		
給付期間	平成・令和	年	月	から	平成・令和	年	月	まで						0	0
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									
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					千	円		
	円											0	0		
	円											0	0		
	円											0	0		
	円											0	0		
	円											0	0		
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									
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					千	円		
	円											0	0		
	円											0	0		
	円											0	0		
	円											0	0		
	円											0	0		
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 千															
(請求者)継続会員 住所															
配偶者会員 氏名															

※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。