

(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												から	平成・令和																まで	
療養を受けた者の氏名											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																				
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														千 円 0 0							
										円														千 円 0 0							
										円														千 円 0 0							
										円														千 円 0 0							
										円														千 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										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																				
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														千 円 0 0							
										円														千 円 0 0							
										円														千 円 0 0							
										円														千 円 0 0							
										円														千 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 〒																															
(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。