

(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	0	円 00	
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 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					
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			

家族会員記入欄

療養を受けた者 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					
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			
	円									千	0	円 00			

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。