

(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
療養を受けた者の氏名									療 養 者 区 分		6 ・ 8 ・ 9										
	昭和			年				日	生	療養を受けた月		令和			年					月	
保 険 の 種 類	国 共 済	保 険	・ 協 会 け ん ぽ	・ 健 保 組 合	・ 後 期 高 齢	・ そ の 他	保 険 等 記 号 番 号														
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									
				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			年				日	生	療養を受けた月		令和			年					月	
保 険 の 種 類	国 共 済	保 険	・ 協 会 け ん ぽ	・ 健 保 組 合	・ 後 期 高 齢	・ そ の 他	保 険 等 記 号 番 号														
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									
				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									
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 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。