

高額療養費請求書
(本人・家族)

給付科目	※決定額	※給付番号
高額療養費	円	No.
公費種別	重度心身・母子家庭・心身 乳幼児及び児童・子ども・その他()	

組合員証	記号 番号	組合員 氏名	所属 機関名			
フリガナ				生年 月日	年 月 日	性別 男・女 続柄
療養者氏名				療養(食事療養を除く)に要 した費用		円
傷病名				過去の受給回数 (12ヶ月間) 1. 3回未満 2. 3回以上		
医療(訪問 看護)機関	所在地 名称			入院(日間) 外来(日間) 訪問看護(日間)	課税(市町村民税)の有無	
療養(訪問 看護)期間	年 月 日 日から 日まで					
標準報酬月額	第 級 円	※適用区分			1. 課税 2. 非課税	

上記のとおり請求します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿

年 月 日

住所
請求者 氏名



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名
所属所長 氏名



委任状

上記の請求に係る高額療養費の受領について

市町
村長に委任します。

年 月 日

委任者氏名



送金	金融機関	銀行 (本・支) 店 農協 (本・支・出張) 所	フリガナ		
口座	口座番号	(普)	口座 名義		

- 1 受診した医療機関から市町村への請求書(写)等を添付して下さい。
- 2 組合員が市町村民税非課税者等に該当する場合は、市町村民税の非課税証明書等を添付して下さい。
- 3 ※印欄は、記入しないで下さい。