

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	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎		所属機関名	〇〇市	
フリガナ	キョウサイ ジロウ		生年月日	平成 〇年 〇月 〇日		性別	男・女	
療養者氏名	共済 二郎		入院	〇日間		過去の受給回数(12ヶ月間)	① 3回未満 2. 3回以上	
傷病名	〇〇〇〇		療養(食事療養を除く)に要した費用	〇〇〇〇〇円		課税(市町村民税)の有無	① 課税 2. 非課税	
医療(訪問看護)機関	所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇		名称	〇〇病院		課税(市町村民税)の有無	
療養(訪問看護)期間	令和 〇年 〇月 〇日から 〇日	〇日	外来	〇日間		課税(市町村民税)の有無		
標準報酬月額	第 〇級	〇〇〇〇〇〇円		※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

令和 〇年 〇月 〇日

請求者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
氏名 共済 太郎



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇年 〇月 〇日

所属所長 職名 〇〇市長
氏名 〇〇 〇〇



委任状

上記の請求に係る高額療養費の受領について

〇〇 市町長に委任します。
村

令和 〇年 〇月 〇日

委任者氏名 共済 太郎



送金	金融機関	〇〇 <u>銀行</u> 〇〇	(本・支)店	フリガナ	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
口座	口座番号	(普) 〇〇〇-〇〇〇〇	(本・支・出張)所	口座名義	〇〇〇〇〇〇

- 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。