

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・ひとり親家庭・心身乳幼児及び児童・子ども・その他()	

組合員証番号	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	昭和 平成 <u>令和</u>	〇年 〇月 〇日	性別	<u>男</u> ・女
療養者氏名	共済 二郎		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
医療(訪問看護)機関	所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇		過去の受給回数(12ヶ月間)	① 3回未満 2. 3回以上		
	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	入院(〇日間)	外来(〇日間)	訪問看護(〇日間)			
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

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

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 長に委任します。
町

令和 〇年 〇月 〇日

委任者氏名 共済 太郎

送金口座	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
		農協	(本・支・出張)所	口座名義	〇〇〇〇〇〇
	口座番号	(普) 〇〇〇-〇〇〇〇			

- 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。