

事務局長	課長	課員

高額療養費請求書 (本人・家族)

	※決定額
高額療養費	円
公費種別	重度心身・ひとり親家庭 乳幼児及び児童・子ども・その他 ()

組合員等	記号	853	フリガナ	キョウサイ タロウ	所属機関	名称	〇〇市
	番号	1000	組合員氏名	共 済 太 郎		所在地	〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇
療養を受けた者	氏名	共 済 太 郎			傷病名	〇〇〇〇	
	生年月日	昭・平・令	50年	4月	1日	療養に要した費用	〇〇〇〇円
	組合員との続柄	本人					
保健医療機関・薬局・その他	所在地	〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇				過去の受給回数 (12か月間)	
	名称	〇〇病院				1. 3回未満 2. 3回以上	
療養期間	令和 〇年 〇月 〇日 から 〇日間				入院外来訪問看護	課税 (市町村民税) の有無	
	令和 〇年 〇月 〇日 まで					1. 課税 2. 非課税	
標準報酬月額	第 〇 級	〇〇〇〇円		※適用区分			

上記のとおり請求します。

香川縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇年 〇月 〇日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇

組合員

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 〇〇 〇〇〇

送金口座	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店	フリガナ	〇〇 〇〇〇
	口座番号	(普) 〇〇〇〇〇〇			口座名義	〇〇 〇〇〇

- 受診した医療機関から市町村への請求書 (写) 等を添付してください。
- 組合員が市町村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ください。
- ※印欄は記入しないでください。