

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		フリガナ		所属機関	名称
	番号		組合員氏名			所在地
療養を受けた者	氏名		傷病名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	療養に要した費用			円
	組合員との続柄					
保健医療機関 ・薬局・その他	所在地		過去の受給回数 (12か月間)			
	名称		1. 3回未満 2. 3回以上			
療養期間	令和 年 月 日 から 日間	入院 外 訪問看護				課税(市町村民税)の有無
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。

香川縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日 日 千

住所

組合員

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所長 職名  
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

長に委任します。

町

令和 年 月 日

委任者氏名

送金	金融機関名	支店名	フリガナ	
	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)等を添付してください。
- 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ください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。