



| | | | |
|--------|----|----|----|
| 決 裁 | 課長 | 合議 | 担当 |
| | | | |

高額療養費請求書

(平成 年 月 診療分)

| | | |
|-----|---|---|
| 決定額 | ※ | 円 |
|-----|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--------------|-------------|--------------------|------------|
| 組合員証記号 及び番号又は 個人番号 | — | 組合員 氏名 | | 所 機 関 名 | |
| 療養者 氏名 | | 生年月日 (性別) | 昭和 平成 | 年 | 月 日 (男・女) |
| 医療機関又は薬局名 及びその住所 | | | | | |
| 傷病名 | | 傷病の原因 | | | |
| 初診年月日 | 平成 年 月 日 | 療養期間 | 平成 年 月 日 から | 平成 年 月 日 まで | |
| 診療区分 | 入院・外来・歯科 | 療養に要した費用 | | | 円 |
| ※ 算 定 | 医療費総額 () 円 × 0.2 = () 円 自己負担額 () 円 …① | | | | 高 額 療 養 費 |
| | 医療費総額 () 円 | | | | ① - ② 円 |
| 上記のとおり請求します。 石川県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 請求者氏名 (印) | | | | | |
| 委 任 欄 | 市 町 長 名 (印) | | | | |
| | 上記の金額の受領方を 右の市町長に委任します。 委任者氏名 (印) | | | | |
| | 市 町 指 定 金融機関口座 | 銀行 | 支店 | 1. 普通預金 2. 当座預金 | 口座番号 |
| | 口座名義 | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏名 (印) | | | | | |

※欄は記入しないでください。

委任欄は、市町長から立替払いを受けた場合に限り、記入してください。