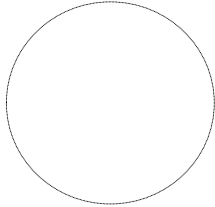
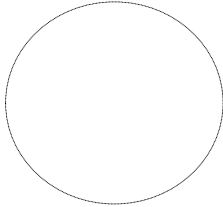


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



|        |    |    |    |
|--------|----|----|----|
| 決<br>裁 | 課長 | 合議 | 担当 |
|        |    |    |    |

## 高額療養費請求書

(令和 年 月 診療分)

決定額

※

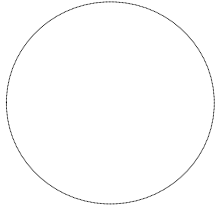
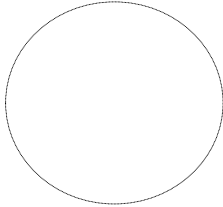
円

|  |                                    |              |                          |                       |            |
|--|------------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------|------------|
| 組合員証記号<br>及び番号又は<br>個人番号                               | —                                  | 組合員<br>氏名    |                          | 所<br>属<br>機<br>関<br>名 |            |
| 療養者<br>氏名  |                                    | 生年月日<br>(性別) | 昭和<br>平成<br>令和           | 年 月 日 (男・女)           |            |
| 医療機関又は薬局名<br>及びその住所                                    |                                    |              |                          |                       |            |
| 傷病名  |                                    | 傷病の原因        |                          |                       |            |
| 初診年月日  | 令和 年 月 日                           | 療養期間         | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |                       |            |
| 診療区分   | 入院・外来・歯科                           | 療養に要した費用     |                          |                       | 円          |
| ※<br>算<br>定  | 医療費総額 ( ) 円 × 0.2 = 自己負担額 ( ) 円 …① |              |                          |                       | 高額療養費      |
|  | 医療費総額                              |              |                          |                       | ① - ②<br>円 |
| 上記のとおり請求します。<br>石川県市町村職員共済組合理事長 様<br>令和 年 月 日<br>請求者氏名 |                                    |              |                          |                       |            |
| 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。<br>令和 年 月 日<br>所属所長 職名<br>氏名   |                                    |              |                          |                       |            |

※欄は記入しないでください。

共済組合受付日付印

所属所受付日付印



|        |    |    |    |
|--------|----|----|----|
| 決<br>裁 | 課長 | 合議 | 担当 |
|        |    |    |    |

## 高額療養費請求書

(令和 2 年 4 月診療分)

決定額

※

円

|   |  |       |  |                |              |              |
|---|--|-------|--|----------------|--------------|--------------|
| 組合員証記号及び番号又は個人番号  | 123 - 456                                | 組合員氏名 | 共済 太郎                                  |                | 所属機関名        | 石川縣市町村職員共済組合 |
| 療養者名  | 共済 花子                                    |       | 生年月日(性別)                               | 昭和<br>平成<br>令和 | 55 年 5 月 5 日 | (男)・女        |
| 医療機関又は薬局名及びその住所   | 〇〇病院 石川県〇〇市〇〇町〇〇番地                       |       |  |                |              |              |
| 傷病名   | 〇〇〇〇〇〇                                   |       | 傷病の原因                                  | 〇〇〇〇〇〇         |              |              |
| 初診年月日   | 令和 2 年 4 月 15 日                          | 療養期間  | 令和 2 年 4 月 15 日から<br>令和 2 年 4 月 30 日まで |                |              |              |
| 診療区分  | (入院) 外来・歯科                               |       | 療養に要した費用                               | 150,000 円      |              |              |
| ※算定   | 医療費総額 ( ) 円 × 0.2 = ( ) 円 自己負担額 ( ) 円 …④ |       |  |                |              | 高額療養費        |
|   | 医療費総額                                    |       |  |                |              | ④ - ③        |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>石川縣市町村職員共済組合理事長 様<br/>令和 2 年 5 月 1 日</p> <p>請求者氏名 共済 太郎</p>    |  |       |  |                |              |              |
| <p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p>令和 2 年 5 月 1 日</p> <p>所属所長 職名 〇〇市長<br/>氏名 〇〇 〇〇</p> |  |       |  |                |              |              |

※欄は記入しないでください。