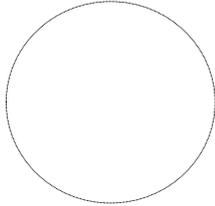
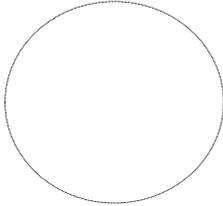


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 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

※

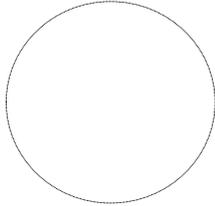
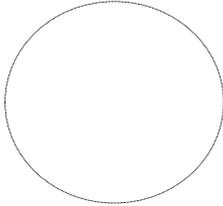
円

組合員証記号 及び番号又は 個人番号	—	組合員 氏名		所 属 機 関 名	
療養者 氏名		生年月日 (性別)	昭和 平成 令和	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	令和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日から 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
※ 算 定	医療費総額 0.2 自己負担額 () 円 × 0.3 = () 円 …①				高額療養費
	医療費総額				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 令和 年 月 日 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。 令和 年 月 日 所属所長 職名 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 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 平成 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 石川縣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 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 = 自己負担額 () 円 …①					高額療養費
	医療費総額					① - ②
<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 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 氏名 〇〇 〇〇</p>						

※欄は記入しないでください。