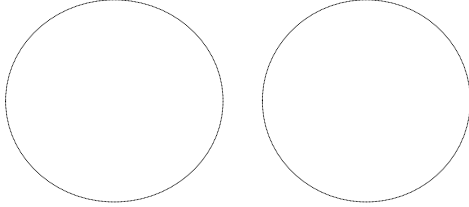


共済組合受付日付印

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

組合員等記号 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		高額療養費
	( )円 × 0.3 = ( )円 …①		① - ②
医療費総額			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。