伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	決裁	局　長	課　長	課長補佐	係　長	係

☐　一部負担金払戻金
☐　家族療養費附加金
☐　一部負担金補助金
☐　家族療養補助金

請求書（医療費助成事業該当者請求用）

※ 決定額	共済組合	円
	互 助 会	円

組合員証記号番号	100　－　11111	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
受診者氏名	共済　花子	受診者生年月日等	昭和　○　年　○　月　○　日　男　(女)	組合員との続柄	妻
受診者住所	〒○○○－○○○○　○○市○○町○丁目○番○○号				
該当助成事業	1．子育て支援医療 (2．)重度心身障害（児）者医療	診療年月日	令和　○　年　○　月		
診療区分	1に該当の場合…　入院 2に該当の場合…(入院)・外来（院外処方の調剤含む）	医療機関窓口負担額	44,400　円 …A		

共済組合・互助会請求額（A≧２６，０００円(上位所得者は５１，０００円）の場合記入してください。）

44,400（Aの額）－ (25,000)（50,000 共済基礎控除額）＝ 19,400（共済組合請求額（100円未満切捨て））円 …B　（B＜1,000円のときは0円）

(44,400（Aの額）－ 19,400（Bの額）－ 4,000（互助会基礎控除額））× 50%（給付率）＝ 10,500（互助会請求額（100円未満切捨て））円

互助会請求額（A＜２６，０００円（上位所得者は５１，０００円）の場合記入してください。）

(　　（Aの額）－ 4,000（互助会基礎控除額））× 50%（給付率）＝　　（互助会請求額（100円未満切捨て））円

上記のとおり請求します。

山形県市町村職員共済組合理事長　　様
一般社団法人山形県市町村職員互助会理事長　　様

令和　○　年　○　月　○　日

請 求 者
住　所　○○市○○町○丁目○番○○号
氏　名　共済　太郎

上記事項は、事実と相違ないことを認めます。

山形県市町村職員共済組合理事長　　様
一般社団法人山形県市町村職員互助会理事長　　様

令和　○　年　○　月　○　日

所属所受付印

所属所長
職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

(R6. 4. 1)

※　受診医療機関が発行した領収書（保険診療点数、窓口負担額の明記されたもの）の写しを添付してください。
※　１月単位で医療機関ごとに請求してください。入院、外来（院外処方の調剤含む）はそれぞれ請求してください。
※　差額ベッド代・食事代・病衣使用料等の保険外の自己負担額については支給対象外となります。
※　市町村窓口で窓口負担額に対して全額償還払いを受けることが可能な方は対象になりません。
※　市町村窓口で窓口負担額から医療費助成事業に係る一部負担金を除いて償還払いを受けることが可能な方は、医療機関が発行した領収書の写しと市町村が発行した償還払い額の記載がある通知書等の写しを添付してください。
※　上位所得者とは標準報酬月額が530,000円以上の者です。