

医療費通知書

(住所)

(名前)
(所属所名)

(コメント)

受診者氏名	診療 年月	日 数	診療区分・給付種別	医療費総額	法定給付額	公費負担額	自己負担額	支給額	医療機関名・柔道整復師会名
(所属所) (証番号) (所属所・企業) (部署コード)									

親展

様

医療費通知書

受診内容をご確認ください。

この通知書は、皆様の健康管理意識を高めるとともに、医療費の適正化に寄与することを目的に送付しています。

〈お問い合わせ先〉

山口県市町村職員共済組合 保険課

〒753-8529 (個別番号)

山口市大手町9番11号 自治会館3階

TEL 083-925-6142

皆さんやご家族の方々が病気やケガのため組合員証で診療を受けた場合、共済組合から医療機関に支払われる医療費は、皆さんや地方公共団体が毎月納めている掛金・負担金によってまかなわれています。

この貴重な掛金・負担金を有効に使うためにも、一人一人が自己の健康管理に十分心がけることとともに、正しい受診について努力しましょう。

様

受診者氏名	診療 年月	日 数	診療区分・給付種別	医療費総額	法定給付額	公費負担額	自己負担額	支給額	医療機関名・柔道整復師会名
合			計						

