

医療給付金等決定兼支払通知書

年 月 日

様

下記のとおり戻し・給付することに決定しましたので通知します。

振込日 年 月 日

所属所番号		所属所名称						組合員番号		東京都職員共済組合理事長						
受給対象者氏名	給付種別	医科区分	申請年月日	事由発生日(年月日)	診療日数	食事・生活療養費(円)	医療費総額(円)	受診医療機関名				戻し金給付額(円)		差引支払額(円)	世帯合算	
		入院区分		から	食事回数	食事・生活自己負担(円)	窓口負担額(円)	法定(円)	高額療養費(円)	戻し・附加(円)	基礎控除額(円)	直接・受取貸付返済(円)				
				まで												
計																

見本

親展

郵便番号 所在地

東京都職員共済組合事務局年金保険部医療保険課

電話番号

差引支払額合計

- ・通知書は再発行できません。この決定に不服がある場合はこの決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に東京都職員共済組合審査会に審査請求することができます。また、この決定があったことを知った日(上記審査請求をした場合は、当該審査請求に対する審査会の裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6月以内に東京都職員共済組合を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。
- ・窓口負担額は地方公務員等共済組合法の規定に基づいた額で公費助成等の金額は控除されていません。
- ・出産費について受取代理制度を利用した場合で、出産費用が利用可能額以上のときは、差引支払額欄の表示が0円となります。