様式第７号の１

一般財団法人 北海道市町村職員福祉協会

医療費請求書 外来用

※裏面の留意事項をお読みのうえ記入してください。

給付種別	会員区分	会員番号	会員氏名	年齢
医療費（外来）	1．退職会員 2．配偶者会員			才

療養者氏名	性別	療養者生年月日	年齢	会員との続柄	※
	男・女	年　月　日	才	1．本人 2．配偶者 3．その他（　）	01 02 03

※欄は記入しないでください。

通院期間（1ヶ月単位）	年　月　日 ～ 日 まで	1ヶ月の間に通院した実日数	日間
上の通院した日に○印	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15 16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31		

受診科	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	20	21	23	24	25	28	30	31	32	33	39
該当する受診科に○印	内科	循環器科	消化器科	泌尿器科	外科	整形外科	婦人科	精神科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科	調剤	補装具	呼吸器科	放射線科	理学診療科	胃腸科	皮膚科	肛門科	麻酔科	神経内科	神経科	脳神経外科	形成外科	胸部外科	心臓外科	リハビリ	その他

受診時に加入していた健康保険に○印を（　）内に記入				被保険者との続柄	受診時に加入していた健康保険の「資格取得年月日」、「該当年月日」又は「認定年月日」・国民健康保険の方は「適用開始年月日」・後期高齢者医療の方は「発効期日」 （注）交付年月日ではありません。
	1．市町村共済任継	2．全国健康保険協会	3．全国健康保険協会任継	1.本人 2.被扶養者 ア.配偶者 イ.その他（　）	年　月　日
	4．国民健康保険（交付者　都・道府・県　市・町・村）（被保険者の世帯主名　）				
	5．後期高齢者医療（被保険者の住所　市・町・村）				
	6．その他（名称　附加給付　有・無）				

◎加入健康保険が変わっている場合は、異動報告書での届け出が必要です。（75歳で後期高齢者医療移行時は不要）

市町村民税課税について該当する方に○印	高額療養費の自己負担限度額（適用区分）確認のため、療養者の世帯の市町村民税課税について、いずれか該当する方を○で囲んでください。 **1．課税世帯　　2．非課税世帯** ※８月１日～翌年７月31日の12月間の受診分については、８月の属する年度の住民税課税状況について記入してください。	※

医療費の額（領収書の金額）	保険適用分の金額	医療機関名・調剤薬局名
	円	

・医療費の基礎控除額は１万円です。

（注）**保険適用分**（領収書によって**負担額、診療負担額、負担金、一部負担金**など名称が異なります。）の金額を記入してください。（保険適用外は請求できません。）

上記のとおり請求します。

一般財団法人 北海道市町村職員福祉協会会長　様

年　月　日　〒　－　TEL（　　）　－

請求者　退職会員　住所

配偶者会員

その他（続柄　）　氏名

◎給付金は、当協会に登録済みの金融機関に送金します。（変更がある場合は異動報告書での届け出が必要です。）

医療費総額（円）	高額限度額（円）	附加給付額（円）	基礎控除額（円）	調整額（円）	給付決定額（円）
※	※	※	※	※	※
					※

【留意事項】（外来用）

※福祉協会所定の医療費請求書を以下の区分（レセプト単位）別に作成して、健康保険適用分の金額が１万円以上（100円未満切捨て）となったとき請求いただけます。１件につき給付の上限額は42,840円となります。

１．請求書作成について

・療養者別 …… 本人と配偶者の医療費は合算できません。本人と配偶者は別に、それぞれ１枚
・受診年月別 …… 月単位（月の初日から末日まで）とし、月ごとにそれぞれ１枚
・医療機関別 …… 病院ごとに１枚（複数の医療機関分は合算できません。ただし院外処方せんによる調剤分は、処方せんを発行した医療機関分に合算できます。）

※院外調剤薬局の領収書には、処方せんを発行した医療機関名の記載が必要です。記載のない場合は院外調剤薬局で記入してもらってください。

・医科・歯科別 … 同じ医療機関内の異なる診療科は合算できますが、歯科・歯科口腔外科等は別に１枚
・外来・入院別 … 外来と入院は合算できません。外来と入院は別に、それぞれ１枚
・保険者別 …… 月の途中で加入健康保険が変わった場合、それぞれ１枚

２．領収書について

～領収書はコピー（全面が確認できるもの）でも請求できます。

領収書は、療養者氏名・受診日・保険点数・保険適用分と保険適用外の内訳等が明記されているものとします。別途領収書貼付用紙に貼り付けて提出してください。

３．給付対象とならないもの

健康保険適用外の診療や薬代・公費負担分等・文書料・介護保険法による利用者負担分・交通費・人間ドック・労災・交通事故等で賠償をうけるときなど。

４．高額療養費等について

高額療養費（世帯合算を含む）・附加給付などの対象となる場合は、加入している保険者（市区町村・協会けんぽ等）に申請手続きをして（自動給付の場合もあり）払い戻しを受け、その後に、その金額が確認できる**支給決定通知書等の写しを添付して**福祉協会に提出してください。
※その他必要書類がある場合は、添付をお願いすることがあります。

５．基礎控除額について

基礎控除額は１万円です。ただし加入健康保険の高額療養費（世帯合算）の対象となり、高額療養費が支給される場合の基礎控除額は、最大２件２万円（１件１万円×２件分）までとなります。

６．未収金について

領収書の内訳に未収金額が記載されている場合は、未収金の内訳（受診年月日・保険点数・保険適用外）を追記してもらってください。未収金が請求受診月と同月受診分であれば、請求受診月に含めることができます。

７．補装具の請求について

領収書と保険者から払い戻しとなった金額が確認できる保険給付支給決定通知書のコピーが必要です。

８．請求期限について

～事由が生じた日から２年以内となっております。

領収書などは、この用紙に貼らず専用の貼付用紙に貼ってください。

領収書（コピー）がないときは、以下の一部負担額等領収証明欄に医療機関から証明を受けて提出してください。

一部負担額等領収証明欄

療養者氏名	診療年月	診療科	医療費総点数	保険適用分の医療費	※調剤薬局の場合処方せんを発行している医療機関名
	＿＿＿年＿＿＿月分 証明は受診月単位となります。		点	円	（　　）

健康保険各法に基づく療養に要した一部負担金として上記の金額を領収しました。

年　　月　　日

TEL（　　）　　－

医療機関又は調剤薬局　住所

名称

印