



# 医療費請求書 入院用

※裏面の留意事項をお読みのうえ記入してください。

※欄は記入しないでください。

給付種別	会員区分	会員番号	会員氏名	年齢
医療費(入院)	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
		男・女	年 月 日	才
				会員との続柄
				1. 本人 2. 配偶者 3. その他
				※
				01
				02
				03

入院期間(1ヶ月単位)	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	1ヶ月の間に入院した実日数	日間																							
上の入院した日に○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 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	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

入院時証に○印を使用しを記し入	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	被保険者との続柄	入院時に使用した健康保険証の「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。 年 月 日
	4. 国民健康保険 (交付者 都・道 市・町・村) (被保険者の世帯主名)			1. 本人	
	5. 後期高齢者医療 (被保険者証の住所 市・町・村)			2. 被扶養者 ア. 配偶者 イ. その他	
	6. その他 (名称 附加給付 有・無)			( )	

市町村民税	<p>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、1・2のいずれか該当する方を○で囲んでください。 また、非課税世帯で70歳以上の方については、適用区分が低所得区分Ⅱ・低所得区分Ⅰの どちらに該当するかを○で囲んでください。(区分が不明の方は加入健康保険へお問い合わせください。)</p> <p><b>1. 課税世帯</b>                      <b>2. 非課税世帯</b> (低所得区分Ⅱ・低所得区分Ⅰ)</p> <p>※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。</p>	※
-------	---	---

医療費の額(領収書の金額)	保険適用分の金額	医療機関名	・医療費の基礎控除額は1万円です。
	円		

(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。(食事療養費負担額、生活療養費、保険適用外、自費などは請求できません。)

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)
※	※	※	※	※	※
					※

請求書については、同一月で再入院をする場合があるため、入院した月の翌日以降に提出してください。また、同月受診で福祉協会へ請求できる1万円（100円未満切捨て）を超えた医療費請求書が複数ある場合は、その複数分も同封して提出してください。

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。

一部負担額等領収証明欄	療養者氏名	入院期間	負担割合	医療費総点数	保険適用分	食事療養費負担分
			年 月 日～ 日 日間 証明は受診月単位となります。			
<p>上記入院期間を認め、健康保険各法に基づく療養に要した一部負担金・標準負担額として上記の金額を領収しました。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 住所 名称</p>						

