様式第７号の２

一般財団法人 北海道市町村職員福祉協会

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	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

入院期間（1ヶ月単位）	年　月　日 ～ 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			

入院時に使用した保険証に○印をし（　）内に記入		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。
	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		
	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　）	1.本人 2.被扶養者 ア.配偶者 イ.その他 （　）	年　月　日
	5．後期高齢者医療（被保険者証の住所　市・町・村）		
	6．その他　（名称　附加給付　有・無）		

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、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。） **1．課税世帯**　**2．非課税世帯**（低所得区分Ⅱ・低所得区分Ⅰ） ※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
	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。（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（　）－

住所

請求者　退職会員　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】（入院用）

※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
- 入院年月別 …… 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、それぞれ１枚
- 入院・外来別 … 入院分と外来分は合算できません。入院分と外来分は別に、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

※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。
なお、75歳に到達し、後期高齢者医療制度へ移行する際は、届け出の必要はありません。

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・保険点数・保険適用分と保険適用外の内訳・入院期間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

～食事負担金分等は支給の対象となりません。

健康保険適用外の診療や薬代・公費負担分等・食事療養費標準負担額・生活療養標準負担額・病衣代・差額室料代・文書料・介護保険法による利用者負担分・交通費・労災・交通事故等で賠償を受けるときなど。

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．請求書の提出について

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。

７．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。

	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
一部負担額等領収証明欄		____年____月____日～____日 _____日間 証明は受診月単位となります。	1　割 2　割 3　割	点	円	円

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。

年　　月　　日

TEL（　　　　）　　－

医療機関　住所

名称　　印