

医療費請求書

下記のとおり、領収書を添付して請求いたします。

令和 年 月 日

一般財団法人青森県市町村職員福祉互助会理事長 様

住所	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
電話番号	(携帯電話番号等)		
会員氏名	◎		
受診者氏名	フリガナ	保険証の種類	1 市町村職員共済 2 国民健康保険 3 協会けんぽ 4 その他() ※該当の番号に○印
生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女

※裏面の記入上の注意をご覧のうえ、太線の中だけ記入してください。

医療機関名		医療区分		給付番号	
受診年月	平成・令和 年 月分	給付対象額		給付決定額	
医療機関に支払った額	円	円		円	00
医療機関名		医療区分		給付番号	
受診年月	平成・令和 年 月分	給付対象額		給付決定額	
医療機関に支払った額	円	円		円	00
医療機関名		医療区分		給付番号	
受診年月	平成・令和 年 月分	給付対象額		給付決定額	
医療機関に支払った額	円	円		円	00
医療機関名		医療区分		給付番号	
受診年月	平成・令和 年 月分	給付対象額		給付決定額	
医療機関に支払った額	円	円		円	00
医療機関名		医療区分		給付番号	
受診年月	平成・令和 年 月分	給付対象額		給付決定額	
医療機関に支払った額	円	円		円	00

医療費請求書の記入上の注意

1 医療給付の対象となる期間について

60歳に達する日の属する月の初日から、70歳に到達した日の属する末日までの診療分が適用になります。

2 対象となる医療費の金額について

(1) 保険適用分の支払金額が対象となります。

(2) 医療機関ごと、入院・外来別に、なおかつ1か月分ごとに合算した金額が対象となります。

(3) 総合病院において、複数の診療科を受診した場合は合算して1件となりますが、歯科の場合はそれだけで1件として取り扱います。

(4) 薬局分は、外来と合算してください。

3 給付額について

(1) 1件当たりの給付の額は、支払金額から5,000円を控除した額になります。ただし、100円未満の端数は切り捨てます。

(2) 一会計年度につき、本人及び配偶者それぞれ10万円が限度となります。

4 領収書について

(1) 領収書は、受診者名、保険点数、負担割合等が明記されているものを添付してください。（のり付け厳禁）

(2) 領収書の原本を添付することができないときは、コピーで請求してください。この場合、添付領収書に関して医療機関等へ問い合わせることがありますので御了承ください。

5 各種の必要な手続きについて

(1) 高額療養費に該当する場合は、加入している健康保険で高額療養費の手続きをしてください。

(2) 公費負担医療の認定を受けている方は、そのコピーを提出してください。

(3) 補装具については、医師の診断書のコピーを添付してください。

6 その他

(1) 受診者ごとに医療費請求書を作成してください。（会員氏名は同じ）

(2) 複数の受診年月分がある場合は、古い順に記入してください。

(3) 医療費請求書は、診療を受けた翌月以降に提出してください。

(4) 医療費請求の有効期間は、診療月から2年間です。