

医療費通知の請求について

請求用紙に必要事項を記入・署名していただき、本人確認物のコピーを同封のうえ、こくほ給付係までお送りください。

1	記号番号	保険証に記載のある、20 から始まる記号と番号をご記入ください。
2	対象者	全員分が必要であれば世帯全員の□にチェックを入れてください。特定の世帯員の分が必要であれば、()にご記入ください。
3	対象月	通知が必要な期間をご記入ください。請求できる期間は過去5年間です。 <u>平成30年3月以降</u> の通知が請求できます。
4	請求理由	今回、医療費通知が必要となる理由をご記入ください。
5	請求の形式	医療費通知の形式を世帯でまとめて出す(通常の医療費通知と同じ形式)か個人ごとに分けるか選択してください。
6	請求者	請求される方のお名前をご記入ください。
7	本人確認	世帯主または必要な方全員の本人確認物のコピーを添付してください。
8	その他	請求内容につき、確認のためご連絡させていただく場合があります。

◇裏面の書き方見本もご参照ください。

◇病院からの診療情報が区へ来るまで早くとも2か月以上かかる関係で、請求した月の2か月前の情報までしか記載することができません。

(例) 12月診療分 ⇒ 発送は2月中旬以降に可能

◇限度額適用認定証や各種医療券を利用した場合、実際の負担金額と異なりますので確定申告に添付する場合は、修正してご提出ください。

◇請求から医療費のお知らせの発行までおおよそ1週間程度かかります。

その他ご不明な点がございましたら、下記担当までご連絡ください。

【担当】

国保年金課 こくほ給付係

電話 03-5984-4553

医療費通知請求書

練馬区長 様

練馬区国民健康保険医療費通知実施要綱第7条の規定に基づき、つぎのとおり医療費通知を請求します。

1 記号番号	20 - 99 - 9999	保険証の記号番号を記入してください。
2 対象者	<input type="checkbox"/> 世帯全員分 <input type="checkbox"/> 右記の世帯員（	通知が必要な方のお名前を記入してください。
3 請求の形式	<input type="checkbox"/> 世帯単位 <input type="checkbox"/> 個人ごと	医療費通知の形式は対象者全員を1枚にまとめるか個人ごとにするかを選択してください。
4 対象月	令和（平成）●年 ●月 ～ 令和（平成）●年●月まで	必要な期間の始まりと終わりを記入してください。作成できるのは、請求月のおおむね2か月前までです。
5 請求の理由	<input type="checkbox"/> 確定申告に使用 <input type="checkbox"/> その他（ 今回、医療費通知が必要な理由を記入してください。 （例）年間医療費の確認のため ）	

令和 ○年 ○月 △日

住所 練馬区豊玉北6-12-1

請求者と世帯主の続き柄についてご記入ください

申請者 氏名 練馬 太郎 世帯主との続柄（本人・その他（ ））

（電話番号） 03 - 3993 - 1111

（窓口受取の場合）受領者氏名_____

※窓口受取の際は請求者の本人確認物をご持参ください。

本人確認物（写）	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
----------	---