

医療費通知の請求について

医療費通知請求書に必要事項を記入・署名していただき、本人確認書類のコピーを同封のうえ、ご返送ください。

1	記号番号	保険証・資格確認書に記載のある、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口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 31 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	請求形式	医療費通知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等をご記入ください。
7	本人確認 ※	<ul style="list-style-type: none"> ● 来庁請求の際は、請求者の本人確認書類をご持参のうえ、世帯主または必要な方全員の本人確認書類を持参してください。 ● 郵送の場合の本人確認書類はコピーを添付してください。 ● 別世帯の方が請求する場合は、上記に加え委任状が必要になりますので、下記担当までお問合せください。
8	その他	請求内容につき、確認のご連絡させていただく場合があります。

※本人確認書類として、以下の A または B の書類が必要となります

- A(1点でよいもの)...** マイナンバーカード・運転免許証・障害者手帳・在留カード・パスポートなど、官公署発行の顔写真付き氏名・住所または生年月日の記載がある証明書等から1点
- B(2点必要なもの)...** 各種健康保険被保険者証(資格確認書)・後期高齢者医療被保険者証(資格確認書)・介護保険被保険者証・年金手帳(基礎年金番号通知書) 年金証書・学生証・社員証など、氏名・住所または生年月日の記載がある証明書等から異なる種類のものを2点

◇医療費通知請求書記入方法（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。

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・資格確認書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"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
----------	--