

国民健康保険高額療養費支給申請書

安芸高田市長

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

また、私が支給申請を行った高額療養費について、その対象となる医療機関での診療に対する医療費等は、すべて支払済みであることを誓約し、本件について不明な点があれば、安芸高田市が医療機関等へ支払状況等を確認することに同意します。この誓約の内容が事実と反する場合は、高額療養費の支払いが行われないこと及び虚偽の申請に対する罰則が適用されることを了承します。

なお、安芸高田市が実施する福祉医療費助成制度により助成を受けている場合で、本件により支払われる高額療養費のうち、安芸高田市が負担している金額がある場合は、その金額について安芸高田市長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払いを受けることに同意します。

年 月 日

世帯主 住所

電話番号 ()

氏名

個人番号()

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 傷病名	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り
(5) 発症又は負傷の理由	1. 第三者行為(交付事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)	1. 第三者行為(交付事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)	1. 第三者行為(交付事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)	1. 第三者行為(交付事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)
(6) 病院等の名称及び所在地	名称 所在地			
(7) 入院・外来の区分				
(8) (6)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
(9) 病院等で支払った金額				

(10) 今回申請の診療年月以前1年間に高額医療費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月		(11) 課税区分(世帯全体)		(12) 課税区分(70歳以上)	
--	--	-----------------	--	------------------	--

国保世帯支給予定額	円
既支給決定額	円

支給予定額	円	－	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給予定額	円
-------	---	---	----------	---	---	-----------	---

支給決定額	円
-------	---

[口座振込先]

<input type="checkbox"/> 公金受取口座(マイナンバーカードに登録した口座)を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)				
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する				
金融機関		口座種目		口座番号
		口座名義人(カナ)		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名				
<input type="checkbox"/> 高額療養費の支給申請簡素化を希望します。 今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。支給申請は不要となります。 (ただし、世帯構成などに変更があった場合はその限りではありません。)				