

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

美幌町長様

申請者(世帯主)

- ・ 個人番号
- ・ 住所 美幌町字

- ・ 氏名
- ・ 電話
- ・ 被保険者証記号 美幌
- ・ 被保険者証番号

印

令和 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 発症又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)			
(9) 病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)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			
(13) 病院等で支払った金額	円	円	円	円
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(15)課税区分 (世帯全体)	(16)課税区分 (70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

支給決定額	円	-	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払方法					
***			口座払い		
支払場所		振込先	金融機関		
			口座種目		口座番号
支払期間			口座名義人(カナ)		
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名					

印

同意書

住所 美幌町字 _____

世帯主名 _____ (印)

電話番号(_____)

私は、この国民健康保険高額療養費申請に関し、次のとおり同意いたします。

記

1. 医療費の自己負担について、医療機関等に未払いはありません。
2. 紛失等により領収書の提示ができないものがある場合もしくは領収書の添付を省略する場合に、本書に基づき、美幌町が医療機関等に対して領収書の金額等を照会することを承諾します。
3. レセプトの査定や返戻、自己負担限度額の変更等により、高額療養費支給額が減額となった場合は、当該減額分を今後支給される高額療養費と相殺することを承諾します。

(窓口に来た方)

住所 美幌町字

氏名

電話番号

続柄