

国民健康保険高額療養費支給申請書

大崎市長 殿

申請日 年 月 日

申請者(世帯主)

・個人番号

・住所

・氏名

・電話

・被保険者証記号 み大崎

・被保険者証番号

**●世帯主以外の口座に振込みを希望の場合は、
世帯主からの署名や委任状が必要となります。
●下部の【申出及び同意欄】の確認が必要となります。**

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 | み大崎 | み大崎 | み大崎 | み大崎 |
| (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 | レセプト記載のとおり | レセプト記載のとおり | レセプト記載のとおり | レセプト記載のとおり |
| (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) | 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) | 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) | 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 | 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 |
| (13) 病院等で支払った金額 | | | | |
| (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 | |
| 既支給決定額 | |

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

支払方法

公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

※申請受付後に口座の変更等を行うと、変更前の口座に振り込まれる場合があります。

※支給対象月に受診のあった被保険者の口座に振込希望の場合は、**下記の欄に世帯主からの署名が必要**です。それ以外の方の場合は、委任状が必要となります。

| | | | |
|-----|-------|-------|------|
| 振込先 | 金融機関 | 機関名 | |
| | | 支店名 | |
| | 口座種目 | 普通・当座 | 口座番号 |
| | 口座名義人 | (加効) | |

(世帯主と預金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。 世帯主名

収受印

【申出及び同意欄】(☑を入れてください。)

医療機関等に一部負担金等の支払いが完了していることを申し出ます。

無料定額診療事業を利用していないことを申し出ます。

上記申出に虚偽があった場合や高額療養費の支給後に、支給額の変更等が生じた場合は、保険者に返還することに同意します。