

# 国民健康保険 高額療養費支給申請書

野々市市長 栗 貴章 あて

申請日:            年        月        日

下記のとおり申請します。なお、すでに給付された公費負担額のうち、今回申請する高額療養費に該当する部分がある場合はその受領を野々市市(公費負担者)に委任します。

<b>国民健康保険 被保険者証記号番号</b>			
<b>世帯主</b>	個人番号(世帯主)		
	住所	野々市市	
	氏名	電話番号 (日中連絡がつくもの)	—        —

**委任状**

私は、\_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) を代理人として、野々市市健康保険に関する高額療養費(標記診療月分)の受領に関する権限を委任します。        世帯主 氏名 \_\_\_\_\_

<b>振込先</b>	<input type="checkbox"/> 前回の申請と同じ口座を希望する ← 前回申請した方で、前回同様の口座を希望する場合はこちらにチェックをしてください。			
	金融機関(該当するものを○で囲んでください)		支店名	口座番号(左づめでご記入ください)
	銀行・金庫 農協・信用金庫		本店 支店	普通 当座
	口座名義人(上段にはカタカナで、姓と名の間で1マスあけ、濁点「・」で1マス空け、左づめでご記入ください)			
	フリガナ			
	おなまえ(漢字)			
ゆうちょ銀行はこちらも記載してください。		記号	番号	

<b>診療月</b>	<b>年</b>	<b>月</b>	※診療月以前1年間に高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合のみ記入してください。 ⇒直近3カ月の診療月を記載        ① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月		
※他の公的制度からの医療費の助成を受けている場合はその制度の名称及び助成の内容 制度名:			1. 全額    2. 一部		
支払区分	世帯所得区分(高齢所得区分)	世帯限度額	外来限度額	<b>今回支給予定額</b>	

☆この医療機関への受診は第三者行為(※)によるものですか ※第三者行為…交通事故などの第三者による負傷のこと	はい ・ いいえ
---	----------

療養を受けた療養機関名等							
	入院区分	療養を受けた者	個人番号	療養を受けた病院等の名称及び所在地	傷病名 療養期間	医療費(円) (窓口支払額)	領収書
1	入院 通院						有・無
2	入院 通院						有・無
3	入院 通院						有・無
4	入院 通院						有・無
5	入院 通院						有・無
6	入院 通院						有・無
7	入院 通院						有・無
8	入院 通院						有・無
9	入院 通院						有・無
10	入院 通院						有・無

上記の診療機関等への自己負担額(窓口支払額)について、支払をしたことに間違いありません。

注意・入院時の食事や保険対象外の差額ベッド代等は支給の対象外です。

・医療機関等に未払い等がある場合は支給できない場合があります。

・申請期間は、原則、診療月から2年間です。

・「窓口支払額」は、診療報酬明細書から算出したものであり、実際の支払額とは異なる場合があります。

市 使用欄

	<input type="checkbox"/> 国保納付	受付者	
--	-------------------------------	-----	--

※振込や申請が世帯主でない場合、こちらにも記入してください。

太枠の部分を記入してください。