|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険高額療養費支給申請書　［　　年　　月診療分］ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付 | | | | | | | | | | | | |
| ① | 被保険者  記号・番号 | | | 島49 | | | | |  | | | | | | | | | | | ② | | 世帯主氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 療養を受けた者の  氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| ④ | 生年月日 | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | 被保険者等  区分 | | | 一般 | | | | | | | | | | | | | | | | 一般 | | | | | | | | | | | | | | | | | 一般 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | 傷病名  （第三者行為の有無） | | | 診療報酬明細書のとおり  （第三者行為の有無　有・無） | | | | | | | | | | | | | | | | 診療報酬明細書のとおり  （第三者行為の有無　有・無） | | | | | | | | | | | | | | | | | 診療報酬明細書のとおり  （第三者行為の有無　有・無） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ | 病院・診療所・薬局等の名称・所在地 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ | ⑦の病院等で療養を受けた  期間 | | | 年　　月　　日から  　日まで  (　 日間) | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  日まで  ( 　日間) | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  日まで  ( 　日間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ | ⑧の期間中に病院等に支払った金額 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ | 他の制度による一部負担金の全額又は一部について支給が受けられるかどうか | | | １　受けられる  （制度名　　　　　　　）  ２　受けられない | | | | | | | | | | | | | | | | １　受けられる  （制度名　　　　　　　）  ２　受けられない | | | | | | | | | | | | | | | | | １　受けられる  （制度名　　　　　　　）  ２　受けられない | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ | ⑩で受けられる場合の費用徴収の有無 | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ | 受領方法及び金融機関名 | | | 口座振替 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 支店  支所 | | | | | 普通  当座 | | | | | | 口座番号 | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 直接払 | | | | | | 銀行・農協  信用金庫・組合 | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。   * 上記の者に係る高額療養費（柳津町重度心身障がい者医療費該当分）の受領に関する権限を   柳津町長に委任します。  　　　　　　　年　　月　　日  世帯主 住所　柳津町大字  氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   電　話　　　　―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出者　□世帯主の提出  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主と異なる場合）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　 （世帯主との続柄　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　―  柳津町長  ※以下は、申請者は記入する必要はありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【町記入欄】 | 高額区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | 審査決定額 | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 世帯償還額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯合算 | 多数該当 | | | 所得区分 | | | | | | | | | | | | | 公費負担額 | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有・無 | 有・無 | | | ア・イ・ウ・エ・オ  上位・一般・低Ⅰ・低Ⅱ | | | | | | | | | | | | | 一部負担額 | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 地方単独医療費助成事業償還額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額 | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第１２(第１０条関係)