

様式第9号

# 国民健康保険 高額療養費 支給申請書兼請求書

## ( 一般 ・ 退職 )

(あて先) 大山崎町長 様

本人確認

免・証・パ・住・マイ・他( )

太枠内を記入してください

申請・請求 年 月 日	令和 年 月 日	診療月	平成 令和 年 月 診療分
----------------	----------	-----	------------------

本申請に必要な国民健康保険加入者全員の町民税課税状況に関する調査を行うことを承諾し、下記のとおり申請します。なお、支給決定のうちは支給決定額を下記口座に振込みを依頼します。

住 所	〒 -		
-----	-----	--	--

電話番号	- -	被保険者証 記号番号	崎-
------	-----	---------------	----

世帯主 (申請・請求者)	フリガナ 氏名	町記入欄		個人番号		
	生年月日	高 申 請	は い い え	療 養 費 申 請	は い い え	
	昭和・平成 年 月 日	受診時 年 齡	歳			

世帯員	フリガナ 氏名	町記入欄		個人番号		
	生年月日	高 申 請	は い い え	療 養 費 申 請	は い い え	
	昭和・平成・令和 年 月 日	受診時 年 齡	歳			

傷病の 原因	<p>◆通勤中や職務中の傷病による受診ですか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ                  ※通勤中や職務中の傷病の場合は、労災申請ができるかどうかをご確認ください。</p>				
	<p>◆交通事故など第三者行為による受診ですか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ                  ※受診した傷病の原因が交通事故など第三者行為の場合は、別途申請が必要です。</p>				

口座情報 (世帯主名義)	金融機関	銀行 農協 信用金庫	金融機関 コード	預金 種別	普通 当座 貯蓄
	支 店	支 店 出張所	支店コード		
	口座番号	口座名義人		(カタカナ)	

福祉医療 制度の利用	福祉医療制度を利用していますか。また、どの制度を利用していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> ひとり親 ) ⇒福祉課で所要の手続きを確認 (併せて下記「確認欄」参照のこと)				
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書  領収書の返却を希望 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 来庁 (当月分の支給決定通知書を発送後に返却) <input type="checkbox"/> 返信用封筒 (切手を貼ったものを用意)				
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

入力 ①	レセ プト	入力 ②	点検	基幹 入力	摘 要	確 認 欄	受 付
					<input type="checkbox"/> 受付時に保険税の収納確認を行った <input type="checkbox"/> 原本は受付印押印のうえ返却 ( 月 日 )	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給者以外と世帯合算する場合、福祉医療適用後の自己負担額で限度額を超えることを確認した (例：マル障受給者の自己負担額は最終的に0円となるため合算対象額はない)	