

国民健康保険 □療養費 □移送費 □高額療養費  
支給申請書兼請求書

(あて先) 大山崎町長 様

下記の通り申請します。

本人確認

マイナカード・免許証・資格確認書・  
パスポート・他( )

太枠内を記入し、各項目に☑してください

申請・請求 年月日	令和 年 月 日	診療月	令和 年 月 診療分
住所	大山崎町字 大山崎 円明寺 小字 下植野	電話番号	- -
世帯主 □申請者	氏名	受診時 年齢	□69歳以下
	生年月日	S・H・R 年 月 日	証番号
世帯員 □申請者	氏名	受診時 年齢	□69歳以下
	生年月日	S・H・R 年 月 日	個人コード(主)
療養を 受けた方 【療養費】	氏名	世帯主との 続柄	個人コード(員)
	□世帯主と同じ □世帯員と同じ	生年月日	S・H・R 年 月 日
申請の 内容	<input type="checkbox"/> 治療用装具 (添付書類) <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 装着証明書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療費(一般) (添付書類) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> レセプト <input type="checkbox"/> 申請理由 [ _____ ]		
	<input type="checkbox"/> 診療費(海外) (添付書類) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> formA <input type="checkbox"/> formB <input type="checkbox"/> formC <input type="checkbox"/> 翻訳文 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 診療内容 [ _____ ] <input type="checkbox"/> あんま、マッサージ <input type="checkbox"/> はり、きゅう <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他		
傷病の 原因	療養費の自己負担分(2~3割)を含め、対象の診療月において高額療養費に該当する <input type="checkbox"/> ◆ 高額療養費の申請をします。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ ※ 69歳以下の場合、1医療機関のひと月の領収書金額 21,000円以上必要です。(お薬代は、処方元の医療機関分に含まれます) ◆ 診療月における領収書について、医療機関が発行したすべての領収書を提出しました <input type="checkbox"/>		
	◆ 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。 ◆ 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。		
振込先	金融機関	銀行協 農協 信用金庫	金融機関 コード
	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		
添付書類	◆ 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)		
摘要		備考	受付
<input type="checkbox"/> 領収書原本は、受付印押印のうえ返却( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 療養費 治療用装具の金額( 円 ) × 0.2/0.3 = ( 円 ) <input type="checkbox"/> 高額療養費 診療月における療養費の申請 あり・なし			