

国民健康保険
高額療養費支給申請書(払い戻し手続き)

本庁
受付

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------|---------------------------------|----|------------|----------------|--|--|--|
| 申請者記入欄 | | 令和 年 月 日 | | 令和 年 月 日 | | 令和 年 月 日 | | | | |
| (宛先) 高松市長 下記のとおり申請します。 | | 令和 年 月 日 | | 令和 年 月 日 | | 令和 年 月 日 | | | | |
| 療養を受けた 被保険者 | 氏名 | | | | | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | (昭・平・令 年 月 日生) | | | | 生年月日 | (昭・平・令 年 月 日生) | | | |
| | 個人番号 | | | | | 個人番号 | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 高松市 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | |
| | 振込先 | <input type="checkbox"/> 前回同様口座希望 | | <input type="checkbox"/> 後日連絡希望 | | | | | | |
| | | 銀行・農協 金庫・組合 | 支店・本店 支所・出張所 | | 店番 | 口座名義人(世帯主) | | | | |
| 口座番号 | | カタカナでご記入ください。 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する | | | | | | | | | | |
| 届出人 (窓口に来られた人) | <input type="checkbox"/> 世帯主・ <input type="checkbox"/> 療養対象者・ <input type="checkbox"/> 同一世帯員(氏名・続柄をご記入ください)。 <input type="checkbox"/> 代理人(下記および裏面の委任状をご記入ください。) | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | 世帯主との続柄 | | | | | | |

(注)

《高額療養費の計算》

- ① 保険診療とならない治療費、食事代・室料等は含まれません。
- ② 医療機関への支払いがお済みでないときは、申請できません。
- ③ 70歳未満の方は、医療機関ごと、外来・入院・歯科別(それぞれに係る調剤)で自己負担額が21,000円以上のものが
合算対象となります。

70歳以上75歳未満の方は、保険診療として支払ったすべての治療費の自己負担額が対象となります。

- 1 審査機関による診療報酬明細書の審査の結果、支払金額の減額や、支払いが遅れる場合があります。
- 2 高額療養費の支払いが完了した後で、支払金額が減額となるときに、差額を徴収させていただく場合があります。
- 3 傷病の原因が交通事故等の第三者の行為によるものであるときは、別途届出が必要です。
- 4 前年の所得申告をされていない方は、上位所得者としての取扱いになります。未申告の方は所得の申告をしてください。
- 5 一人世帯死亡の場合は、裏面の誓約書と続柄のわかる戸籍謄本が必要です。

| | | | | | | | | |
|-----------|----------------------------------|--|------|-----------------------------------|-----|------|----|----|
| 職員記入欄 | | | | | | | | |
| 本人確認 | | 個人番号確認 | | 受付 | | 印刷枚数 | 入力 | 確認 |
| 確認書類 委 | 免・個・住・パ・在 等 資 等・他(高齢・通・キャ・診・) | 確認書類 1. 番号カード | 不明 | 本庁 | 支・出 | 新 | × | |
| | | 2. 番号通知カード | 拒否 | | | 事前 | × | |
| | | 3. 住民票等 (番号有) | 他() | | | 合計 | × | |
| 令和 年 月 日 | | 月診療分《合計 ヵ月》 | | <input type="checkbox"/> 該当月本庁確認済 | | | | |
| 負担区分 | | 70歳以上【現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 低Ⅱ 低Ⅰ】・70歳未満【アイウエオ】・多数該当 | | | | | | |
| 備考 | | レセ未着・滞納有・無・医療機関支払い確認済 | | | | | | |
| 香川 1 | | 返金額 | | | | | 円 | |

誓約書（療養を受けた被保険者が一人世帯で死亡した場合）

（故人の住所）高松市 _____（故人の氏名） _____ 氏の

_____年 _____月診療分の国民健康保険高額療養費について、一人世帯であった当人が

_____年 _____月 _____日に死亡したため相続人に支給されますが、私 _____が

他の相続人に代わって全額受給するものです。なお、他の相続人の同意書を得ることが、遠隔、その他の事情で

困難なため提出できませんが、このことに関する異議等についての一切の責任を負うものです。

住 所

故人との続柄

氏 名

委任状

令和 _____年 _____月 _____日

委任する人（世帯主）

住 所

氏 名

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任される人（代理人）

住 所

氏 名

委任事項

高額療養費の手続きにかかる一切の権限