

国民健康保険 高額療養費支給申請書(払い戻し手続き)

申請者記入欄		平成 令和	31年	1.3.4月診療分									
(宛先) 高松市長 下記のとおり申請します。 申請日 令和 ○年 ×月 △△日		香川1	1	2	3	4	5	6	7				
療養を受けた被保険者	氏名	高松 太郎							療養を受けた被保険者が一人世帯で死亡した場合のみ裏面の誓約書のご記入をお願いします。				
	生年月日	(昭)・平・令 30年 1月 23日(生)							日生)				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
世帯主	住所	高松市 番町1丁目8-15											
	氏名	高松 太郎							過去に今の世帯主口座で高額療養費の振込みをさせていただいたことがある場合はこちらにチェックを入れていただき、振込先は空欄にしてください。				
	電話番号	087-839-2311											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	振込先	<input type="checkbox"/> 前回同様口座希望		<input type="checkbox"/> 後日連絡希望		香川 銀行・農協 金庫・組合			支店・本店 支所・出張所		店番 101		口座名義人(世帯主) カタカナでご記入ください。
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	タカマツ タロウ				
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(氏名のみご記入ください。) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 代理人 (下記をすべてご記入ください。)												
	住所	坂出市坂出町8-15											
	氏名	坂出 良子							世帯主との続柄		子		

(注) <<高額療養費の計算>>
 ① 保険診療とされない治療費、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。

世帯主・療養対象者の場合は記入の必要はありません。同一世帯員である場合は氏名のみご記入ください。

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。

- 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。
- 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場合に、差額を徴収させていただく場合があります。
- 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。
- 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。
- 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	免・個・住・パ・在 等		確認書類	1. 番号カード		確認書類	不明		本庁	旧				
	保・他(高齢・通・キャ・診・)			2. 番号通知カード			拒否			支			新	
	委			3. 住民票等(番号有)			他()			出			事前	
										合計 ×				
平成 令和		年		月診療分《合計 カ月》				<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												
保険診療分のうち支払った自己負担額		円				円								
備考		レセ未着 ・ 限度額認定書発行有 ・ 無 ・ 医療機関支払い確認済												
返金額											円			