

様式第8号(第17条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

神石高原町長

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

また、私が支給申請を行った高額療養費について、その対象となる医療機関での診療に対する医療費等は、すべて支払済みであることを誓約し、本件について不明な点があれば、神石高原町が医療機関へ支払状況等を確認することに同意します。この誓約の内容が事実と反する場合は、高額療養費の支払いが行われないこと及び虚偽の申請に対する罰則が適用されることを了承します。

なお、神石高原町が実施する福祉医療費助成制度により助成を受けている場合で、本件により支払われる高額療養費のうち、神石高原町が負担している金額がある場合は、その金額について神石高原町長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払いを受けることに同意します。

年 月 日

世帯主 住所

電話番号 ()

氏名

個人番号 ()

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 傷病名				
(5) 発症又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)
(6) 病院等の名称及び 所在地	名称			
	所在地			
(7) 入院・外来の区分				
(8) (6)の病院等で療養を受けた 期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
(9) 病院等で支払った金額	円	円	円	円

(10) 今回申請の診療年月以前1 年間に高額療養費の支給を 3回以上受けたときはその 直近の診療年月		(11) 課税区分 (世帯全体)	(12) 課税区分 (70歳以上)
--	--	---------------------	----------------------

国保世帯支給予定額	円
既支給決定額	円

支給予定額	円	-	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給予定額	円	
							支給決定額	円

[口座振込先]

金融機関	口座種目		口座番号	
	口座名義人 (カナ)			