国民健康保険高額療養費支給申請書

山口市長様　　　　　　　　　　　　　　 申請日　令和　　　年　　　月　　　日

下記のとおり申請します。一部負担金は医療機関等へ支払済であることを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者****記号・番号** | 山３－ | **診療年月** | 平成・令和 | 　　年　　　　　月診療分 |
| **世帯主****個人番号** | ―　　　　　　― |
| **世帯主****氏名** |  | **世帯主****住所** | 山口市 |
| **届出者****氏名** | ☐ 世帯主の場合はチェック | **届出者****住所** | ☐ 同上の場合はチェック |
| **電話番号** | ― 　　　　　　― | (日中つながりやすい電話番号をご記入ください) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **振込先****（世帯主口座）** |  | 銀行信用金庫　　　　農協　(　　　　) |  | 本店(所）支店(所）出張所(　　　　) | **フリガナ** |  |
| **口　座名　義** |  |
| **種目** | 普通　・　当座 | **口座番号****（ゆうちょ以外）** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ゆうちょ銀行** | **記号** |  |  |  |  |  | **番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **委任状****※上記口座が世帯主****以外の名義の場合は****ご記入ください。** | **委任者（世帯主）**　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　私は、下記の者を代理人と定め、山口市国民健康保険高額療養費の受給に関する権限を委任します。**代理人**　　　　　　氏名住所□　世帯主住所と同じ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **療養対象者****氏名** |  |  |  |
| **生年月日** | 昭・平・令　 　 年 　　月 　　 日 | 昭・平・令　 　 年 　　月 　　 日 | 昭・平・令　 　 年 　　月 　　 日 |
| **個人番号** |  |  |  |
| **傷病名** |  |  |  |
| **発症・負傷の****原 因****※該当する場合のみ** | ☐ 第三者行為(交通事故)☐ 労災☐ 自損事故☐ その他(　　　 　　　) | ☐ 第三者行為(交通事故)☐ 労災☐ 自損事故☐ その他(　　　 　　　) | ☐ 第三者行為(交通事故)☐ 労災☐ 自損事故☐ その他(　　　 　　　) |
| **医療機関名** |  |  |  |
| **医療機関****所在地** | 市・区町・村 | 市・区町・村 | 市・区町・村 |
| **診療科目** | 入院・外来・調剤 | 入院・外来・調剤 | 入院・外来・調剤 |
| **療養期間** | 日間 | 日間 | 日間 |
| **支払った金額** | 円 | 円 | 円 |
| **他制度の助成** | 有(　　　　　)・無 | 有(　　　　　)・無 | 有(　　　　　)・無 |
| **多数該当****(今回の申請月以前の１年間に高額療養費に該当した月が３回以上ある場合)** | 該当・非該当 | **高額療養費に****該当する直近****３か月の診療月** | 平・令　　　年　　　月診療平・令　　　年　　　月診療平・令　　　年　　　月診療 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事務処理欄** | ☐　70歳以上☐　70歳未満☐　未就学児 | ☐　ア | ☐　現役 | ☐　２割☐　３割 | 滞納の有無　　　　有　　・　　無 |
| ☐　イ | （Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） | （収納課同意者：　　　　　　　　　） |
| ☐　ウ | ☐　一般 | レセプト数 | 支給決定額 |
| ☐　エ | ☐　低所得 | 枚 | 円 |
| ☐　オ | （Ⅰ・Ⅱ） |