様式第8号(第7条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者の記号・番号 | | 与　　　・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ②診療年月 | | | | | | | 年　　月 | | | | | | | | | | | | | |
| ③療養を受けた被保険者の  氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | 一般 | | |  | | | | | | | | | | | 一般 | | |  | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| 生年月日 | | 昭和  平成  令和 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | 昭和  平成  令和 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | 昭和  平成  令和 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 年齢区分等の別 | | 若人・高齢　　割・就学前 | | | | | | | | | | | | | | | | 若人・高齢　　割・就学前 | | | | | | | | | | | | | | 若人・高齢　　割・就学前 | | | | | | | | | | | | | |
| ④世帯主との続柄 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤傷病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦⑥の病院で療養を受けた期間 | | 年　　月　　日から  　　　　同　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  　　　　同　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  　　　　同　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 入院・外来の別 | | 入院・外来 | | | | | | | | | | | | | | | | 入院・外来 | | | | | | | | | | | | | | 入院・外来 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧⑦の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 合計額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨療養費につき公費負担がありますか(ありましたか) | | ある・ない | | | | | | | | | | | | | | | | ある・ない | | | | | | | | | | | | | | ある・ない | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩②の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月 | | 年　　月 | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月 | | | | | | | | | | | | | | 年　　月 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪第三者行為の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | ⑫備　　考 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　年　　月　　日  与謝野町長　様 | | | | | | | | | | 世帯主　住所  　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　(個人番号：　　　　　　　　　　)  　　　　電話　　(　　　　　　)　　　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　与謝野町国民健康保険から私に支払われる支払金は、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行・信金・信組・農協　　　　　　　　　　　　　　　本(支)店(所) | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | No. |
| 口座名義(カタカナ) |  | | |

以下、役場記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯所得区分 | 低所得(オ・I・Ⅱ)・一般(ウ・エ・一般)・上位所得(ア・イ・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)・多数・合算 |
| 住民税課税状況 | 課税・非課税・免税・未申告 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決裁処理 | １支給する | 支給金額  ⑧の合計額　－  　　　　　　　円 | 円 |
| 支給期間 | 年　　　月分 |
| ２支給しない | (支給しない理由) | |