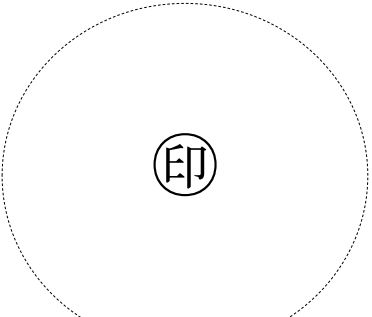


郵送申請用

盛岡市国民健康保険高額療養費支給申請書

盛岡市長										令和 年 月 日									
次のとおり申請します。																			
(申請者) 世帯主 住 所 盛岡市																			
個人番号																			
氏 名																			
電 話 番 号																			
① 被 記 保 険 者 号						—													
② 受 領 方 法		窓口払	口座振込	銀行協信金										支店支所出張所				普通	
				口座番号										フリガナ					
														口 座 名 義 人					
③ 委 任		私に対する決定支給額の支払いは、上に記載の口座に振り込みください。 (世帯主名) 																	
④ 第 三 者 行 為 当 該		今回の療養について、交通事故等第三者行為が含まれますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい：該当医療機関名（ ）																	
⑤ 他 の 制 度 か ら の 医 療 費 助 成 等 を 受 け て い る か		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ありの場合には、次の項目にも記入をお願いします。																	
		助 成 を 受 け た 制 度 名																	
		助 成 内 容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部助成 （上限額 円/1ヵ月）																	
		医 療 機 関 名 調 剤 薬 局 名																	
		助 成 を 受 け た 制 度 名																	
		助 成 内 容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部助成 （上限額 円/1ヵ月）																	
⑥ 傷 病 名		診療報酬明細書のとおり																	
⑦		療 養 を 受 け た 医 療 機 関 ・ 薬 局 等 の 名 称 ・ 所 在 地										別紙のとおり							
		療 養 を 受 け た 期 間										別紙のとおり							
		入 院 ・ 外 来 等 の 別										別紙のとおり							
		療 養 に 対 し 病 院 に 支 払 っ た 額										別紙のとおり							

(注)

1 高額療養費の支給は、早くても申請から約3か月程度かかります。また、医療機関等からの診療報酬明細書(レセプト)などにより審査致しますので、審査内容によっては、さらに数か月お待ちいただくことがあります。

2 支給額は、審査機関による診療報酬明細書の審査の結果に基づき決定します。

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 申請できる期間(時効)は、診療を受けた月の翌月1日から2年以内です。

6 国民健康保険税に未納がある場合には、保険税への充当についてご相談させていただくことがあります。