

## 記載例

### 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2年4月10日															
次のとおり申請します。																	
(申請者) 世帯主		住所 盛岡市 内丸12番2号															
個人番号 (記入不要)																	
氏名 国保 太郎																	
電話番号 019-651-4111																	
①被保険者番号	0000-12345																
②受領方法	窓口払 振込	口座 振込															
<table border="1"><tr><td>フリガナ モリオカ</td><td>フリガナ モリオカシヤクショ</td><td>普通</td></tr><tr><td>銀行 農協 信金</td><td>支店 支所 出張所</td><td></td></tr><tr><td>盛岡</td><td>盛岡市役所</td><td></td></tr><tr><td>口座番号 1234567</td><td>フリガナ モリオカ タロウ</td><td></td></tr><tr><td>口名 義人 國保 太郎</td><td></td><td></td></tr></table>			フリガナ モリオカ	フリガナ モリオカシヤクショ	普通	銀行 農協 信金	支店 支所 出張所		盛岡	盛岡市役所		口座番号 1234567	フリガナ モリオカ タロウ		口名 義人 國保 太郎		
フリガナ モリオカ	フリガナ モリオカシヤクショ	普通															
銀行 農協 信金	支店 支所 出張所																
盛岡	盛岡市役所																
口座番号 1234567	フリガナ モリオカ タロウ																
口名 義人 國保 太郎																	
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 該当	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい: 該当医療機関名 ( )																
⑤他の制度から受けているか	<input checked="" 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。 <table border="1"><tr><td>助成を受けた 制度 名</td><td>助成内容 <input type="checkbox"/>全額助成 <input type="checkbox"/>一部助成 (上限額 円/1ヶ月)</td></tr><tr><td>医療機関名 調剤薬局名</td><td></td></tr><tr><td>助成を受けた 制度 名</td><td>助成内容 <input type="checkbox"/>全額助成 <input type="checkbox"/>一部助成 (上限額 円/1ヶ月)</td></tr><tr><td>医療機関名 調剤薬局名</td><td></td></tr></table>		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ヶ月)	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ヶ月)	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ヶ月)																
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ヶ月)																
医療機関名 調剤薬局名																	
⑥傷病名	診療報酬明細書のとおり																
⑦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)

- 高額療養費の支給は、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。
- 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。
- 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。
- 申請できる期間(時効)は、診療を受けた年の翌月1日から2年以内です。
- 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。

### 申請先

020-8530

盛岡市内丸12番2号  
健康保険課 給付係

### 【高額療養費支給申請】

入っている書類にチェックをしてください

- 盛岡市国民健康保険高額療養費支給申請書
- 盛岡市国民健康保険高額療養費支給申請書 別紙
- 領収証のコピー
- 通帳のコピー (必要な方のみ)

切り取りの上、封筒の宛名等にご活用ください。

### □ ポイント1【電話番号】

可能な限り、日中連絡可能な電話番号を記入してください。

申請内容について確認のため、お電話することができます。

### □ ポイント2【口座記入方法】

お手元の通帳をご確認ください。

また、ゆうちょ銀行の方の場合には、できるだけ、通帳のコピー（振込先がわかるページ）を添付してください。

### □ ポイント3【委任欄】

世帯主の方以外の口座へ振込む場合には委任欄に、世帯主の方の氏名の記名と押印（申請印と同じ印）が必要です。

### □ ポイント4【第三者行為】

疾病等を原因とする療養であれば「いいえ」にチェックをしてください。

第三者の行為によるケガ等（交通事故、闘争、食中毒など）の場合、別途届出が必要です。

### □ ポイント5【他の制度の利用状況】

公費負担医療（例：難病医療、自立支援など）の受給者証をお持ちの方は、各受給者証等の内容をご記入ください。

また、医療助成（乳幼児・妊娠婦・小学生・中学生・ひとり親・寡婦・重度心身障がい者・中度身体障がい者）については、医療助成年金課（626-7528）担当です。

### □ ポイント6【受診医療機関等】

① 別紙に、「受診月ごと」に記入してください。

② 領収証（または支払証明書）※1のコピー※2を添付してください。

※1 医療機関への振込による支払の場合には、請求書と振込金受領書（振込票）

※2 領収証原本が送付された場合返却致しません。事情等があり、後日返却を申出された場合には、返却に必要な費用（切手代等）は申請者負担となりますことをご了承ください。