

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 次のとおり申請します。										令和 2 年 4 月 10 日																													
(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 0 0 0 0 - 1 2 3 4 5																																							
② 受 領 方 法 窓口払 口座振込										フリガナ モリオカ										フリガナ モリオカシヤクショ										普通									
										盛岡 銀行 盛岡市役所 支店																													
										口座番号										フリガナ モリオカ タロウ										口 名 義 座 人 国保 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 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 医 療 費 助 成 等 を 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。																													
										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)																													
										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 療 養 を 受 け た 医 療 機 関 ・ 薬 局 等 の 名 称 ・ 所 在 地										別紙のとお																													
療 養 を 受 け た 期 間										別紙のとお																													
入 院 ・ 外 来 等 の 別										別紙のとお																													
療 養 に 対 し 病 院 に 支 払 っ た 額										別紙のとお																													

(注)

- 高額療養費の支給は、申請から約3か月程度かります。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、診療を受けた月の翌月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。

□ 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、お電話することがあります。

□ 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・妊産婦・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。

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。