

国民健康保険 高額療養費支給申請書

Blank box for address or contact information.

【問合せ先】
〒841-0204
佐賀県三養基郡基山町大字宮浦 666 番地
基山町役場
福祉課 保険年金係
電話:0942-92-7934

【世帯主】
記号番号:
カナ:
氏名:
住所:
個人番号:
電話番号:

基山町長 様

申請日: 年 月 日

下記のとおり、一部負担金を支払いましたので申請します。

診療年月

Table with columns: 療養を受けた者(氏名・生年月日), 個人番号, 一般・高齢等区分, 療養等を受けた医療機関等名称, 入内区分, 療養等を受けた日数, 医療費情報(総点数(点), 窓口支払額(円)), 第三者行為.

Table for payment details: 支給額, 所得区分(70歳以上), 所得区分(世帯), 自己負担合計額(A), 自己負担限度額(B), 支給額, (入院のみ自己負担額)(C), 自己負担合計額(D), 自己負担限度額(E), 支給額, 国保世帯高額療養費, (70歳未満自己負担額)(F), 自己負担合計額(E+F), 自己負担限度額, 支給額, 世帯支給合計額(G), 支給済額(H), 調整額等(I), 支給決定額(G-(H+I)).

\*支給額はあくまで予定金額であるため、実際の支払額と異なる場合があります。

Table for bank transfer: 振込先, 金融機関名, 支店名, 預金種別, 口座番号, 口座名義人(カナ).

\*1度申請したことがあり、既に振込先の届出がなされている場合は届出済振込先情報を印字しています。その場合、口座番号を一部\*印で置換えを行っています。

委任状
私は、\_\_\_\_\_を代理人として、国民健康保険高額療養費(標記診療年月分)の受領等に関する権限を委任します。
世帯主 氏名 \_\_\_\_\_ 印

口座名義が世帯主以外の場合、「委任状」に記入ください。その場合、必ず世帯主と同じ印を押印してください。

支給日

備考
記入に関し不明な点などございましたら、同封している「国民健康保険高額療養費について(お知らせ)」の裏面をご確認ください。

国民健康保険 高額療養費支給申請書

診療年月	
------	--

	療養を受けた者 (氏名・生年月日)	個人番号	一般・高齢 等区分	療養等を受けた 医療機関等名称	入外 区分	療養等を 受けた日数	医療費情報		第三者 行為
							総点数(点)	窓口支払額(円)	
7						日間	点	円	
8						日間	点	円	
9						日間	点	円	
10						日間	点	円	
11						日間	点	円	
12						日間	点	円	
13						日間	点	円	
14						日間	点	円	
15						日間	点	円	
16						日間	点	円	
17						日間	点	円	
18						日間	点	円	
19						日間	点	円	
20						日間	点	円	
21						日間	点	円	
22						日間	点	円	
23						日間	点	円	
24						日間	点	円	
25						日間	点	円	
26						日間	点	円	
27						日間	点	円	
28						日間	点	円	
29						日間	点	円	
30						日間	点	円	
31						日間	点	円	
32						日間	点	円	
33						日間	点	円	
34						日間	点	円	
35						日間	点	円	

- この支給申請に対する決定額について不服があるときは、支給日の翌日から起算して3か月以内に、佐賀県国民健康保険審査会に審査請求をすることができます。
- この決定額に関する取消しを求める訴は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った翌日から起算して6か月以内に、基山町に対して提起することができます。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、支給があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。