|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 対策監 | 課長補佐 | 主　幹 | 係　長 | 主務者 | 課　　　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |

（様式第１７号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書**  年　　　　月分診療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号番号 | | |  | | | | | 療養を受けた  被保険者の氏名 | | | | |  | | | | | 世帯主と　の続柄 | | |  |
| 療養を受けた病院・診療所・薬局等の  名称及び所在地 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | 別紙レセプトのとおり | | | | | | | 療養を受  けた期間 | | | 年 | | | | 月　　日から  月　　日まで | | | | 日間 | |
| レセプト請求点数 | | | | | | 点 | | | | | | 支給申請金額 | | | | | 円 | | | | |
| 病院等に支払つた額 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| **三股町長 殿** | | | | | | | | | | | 請求金額 | | | | 円 | | | | | | |
| 上記のとおり申請・請求します。  年　　月　　日  住所 三股町　　　　　　　　　 番地  世帯主　氏名  　　　　個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| レセプト審査決定点数 | | | | | | | 点 | | | | | | |  | | | | | | | |
| 自己負担限度額 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| 処理欄 | 確　　　　認 | | | | | | | | | 支給決定額 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | レセプト | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 委　任　欄 | 上記により支給される金額の受領を次の者に委任します。  委任する人（被保険者世帯主氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任を受けた人 名称及び  （病院等） 代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領収欄 | 上記の金額を領収しました。  　　　　　年　　　月　　　　日  　　　　　　　三股町長　殿　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

□公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

□振込口座を指定する

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込希望銀行欄 | 銀行 | 本店 | 預金の種類及び通帳の記号番号 | 振込処理欄 |  |
| 支店 | 普通　 № |
| 通帳の名義人氏名 | |  |