様式第14号（第23条関係）

**国民健康保険高額療養費支給申請書**

【　　年　　月診療分】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 | | | | 南丹・ | | | | 傷病の原因 | □第三者行為（交通事故等）  □第三者行為（交通事故等）以外 | | | | |
| 療養を受けた  被保険者 | | | 氏名 |  | |  | | | | |  | |  |
| 個人番号 |  | |  | | | | |  | |  |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
| 世帯主との続柄 | | | |  | |  | | | | |  | |  |
| 療養を受けた病院  診療所等の名称 | | | |  | |  | | | | |  | |  |
| 当月中に療養を  受けた期間 | | | | 自　　年　月 　日  至　　年　月 　日 | | 自　　年　月 　日  至　　年　月 　日 | | | | | 自　　年　月 　日  至　　年　月 　日 | | 自　　年　月 　日  至　　年　月 　日 |
| 診療実日数 | | | | 日間 | | 日間 | | | | | 日間 | | 日間 |
| 入院外来の区分 | | | | 入院・外来・調剤 | | 入院・外来・調剤 | | | | | 入院・外来・調剤 | | 入院・外来・調剤 |
| 診療科 | | | | 科 | | 科 | | | | | 科 | | 科 |
| 病院等へ支払った  金額 | | | | （保険診療に係る分）  円 | | （保険診療に係る分）  円 | | | | | （保険診療に係る分）  円 | | （保険診療に係る分）  円 |
| 上記のとおり申請します。  　　年　　月　　日　　　住所　南丹市  南丹市長様  　　　　　　　　　　　　　　世帯主氏名　　　　　　　　　　　　(※)  (※) 本人が直接持参又は郵送をしない場合は、押印してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　　個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 受取金融機関の名称　（世帯主名義の口座）  □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  □振込口座を指定する　　　　　　　　　　　　　　　　　口座種別　（普通・当座）  銀行・農協　　　　　　　　　本店　　口座名義（カナ）  　　　　　　 　信金　　　　　　　　　　　　支店　　口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| ※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合  　本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。  　　　　年　　 月　 　日  　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　代理人　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所 | | | | | | | | | | | | | |
| 以下、南丹市　記入欄 | | | | | | | | | | | | | |
| 所得区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・現役Ⅰ・現役Ⅱ・現役Ⅲ・ 一般・ 低所得Ⅰ・ 低所得Ⅱ | | | | | | | | | | | | | |
| 費用額 | | 保険者負担額 | | | 一部負担金 | | 負担限度額 | | | 支給額 | | 多数　・　合算 | | |
| 円 | | 円 | | | 円 | | 円 | | | 円 | |