

総社市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成29年12月21日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第28号

総社市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

総社市国民健康保険条例施行規則(平成17年総社市規則第97号)の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式を同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

改 正 後	改 正 前
<u>様式第7号(第18条関係)</u> (別紙のとおり)	<u>様式第7号(第18条関係)</u> 略

附 則

この規則は、平成30年1月1日から施行する。

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

被保険者証 の記号番号		区 分	1 一般	2 退職者本人	3 退職被扶養者
被保険者の個人番号					
療養を受けた 被保険者の氏名					
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日	
療養を受けた病院 ・薬局等の名称及 び所在地	名 称				
	所在地				
療養を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
病院等で支払った金額		円			
発症又は負傷の理由		1. 第三者行為 2. 業務上の事故 3. その他		1. 第三者行為 2. 業務上の事故 3. その他	
自己限度額の特例の有無		1. 有 (市県民税非課税世帯) 2. 無 (市県民税課税世帯)			
多数該当の有無		1. 有 2. 無			
支 払 方 法		1. 口座振込 2. 窓口払			
口座振込希望		本店	普通・当座	名義人 世帯主	
金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店	No.		
上記のとおり申請します。 個人番号					
世帯主 住 所					
年 月 日 氏 名 (印)					
総 社 市 長 様 電 話 ( - )					

区分	日数	費用額	一部負担金	自己負担額	支給決定額

\*世帯合計 ( ) ( ) ( ) ( )

備考	
----	--

(その2)

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

診療年月

番号

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 療養を受けた被保険者の氏名				
(4) 療養を受けた被保険者の生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(8) 入院・外来の別				
(9) (7)の病院等で療養を受けた期間		日間		
(10) (9)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円		
(11) 支払状況 ※領収書がない場合 □に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 未払	<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 未払	<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 未払	<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 未払
(12) 発症または負傷の理由 ※交通事故等や労災の場合 □に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他
(13) 課税区分(世帯全体)		(14) 課税区分(70歳以上)	一般	
(15) 世帯自己負担限度額		円	(16) 70歳以上自己負担限度額	入院 円 外来 円
(17) 今回申請の診療年月 以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときは その直近の診療年月				

既支給額	円	世帯支給額	円	支給額	円
------	---	-------	---	-----	---

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。  
 なお、再審査等により医療費に変更が生じた場合は支給額を調整することを承認します。

総社市長 様 個人番号  年 月 日  
 住所   
 電話番号   
 世帯主名  印

※高額療養費の受領方を委任する場合は、下記「受領委任記入欄」に記入して下さい。

受領委任記入欄	上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。 年 月 日
	住所 <input type="text"/> 世帯主名 <input type="text"/> 印
代理人	住所 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/> 印

<ul style="list-style-type: none"> <li>申請には必ず領収書を添付してください。</li> <li>申請書が複数枚あるときは、すべて提出してください。</li> <li>振込先金融機関は、原則世帯主様の口座でお願いします。他の方の口座の場合、上記受領委任欄に記入してください。</li> </ul>	支払方法				
	口座払い				
	振込先	金融機関	名称	<input type="text"/>	
			支店・支所	<input type="text"/>	
	口座種目		口座番号	<input type="text"/>	
	口座名義人	<input type="text"/>			

※口座名義人はカタカナで記入してください。