（提出者：　　　　　　　　　　　）

**国民健康保険高額療養費支給申請書**

申請日

様式第３号（第６条関係）

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 波佐見・ |
| 氏名(世帯主) |  |
| 電話番号 |  |
| 個人番号 |  |

申請者

**波佐見町長様**

　　　　　年　　　月診療 について明細を添えて高額療養費の支給を申請します。

支給決定に際し、必要な公簿を閲覧されることに異議はありません。なお、過誤調整等により給付額を相殺すべき事由が生じた場合は、相殺して支給することを承諾いたします。

支給申請

診療費を支払ったことの証明として、領収書等の添付か下記の誓約書を記入してください。

・申請にかかる診療費について、私が負担すべき額は全て支払いました。

・今後負担すべき額が発生したときは、全て支払うことを誓約します。

・保険料に未納があるときは、領収書等を添付して支払いを証明します。

誓約書

誓約者

（世帯主）

（自署 または 記名・押印）

確認事項

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **□**該当するときはチェック☑**□****□** | **第三者行為**に該当する診療がある※**業務上の事故・疾病**に該当する診療がある**他の制度により自己負担が無料・低額になっている**診療がある |
| 対象医療 | 受診者氏名： |
| 医療機関名： |
| 他の制度名： |

※第三者行為…交通事故・けんか・他人のペットに咬まれるなど、けがの原因が他人によるもの |

　　下記の□に✔を入れて選択してください。

**□** **①** 波佐見町が把握している世帯主の口座へ振込（前回の口座　□有）

**□** **②** 下記の口座への振込

左記の名義人への口座振込を了承し、受領を

委任します。世帯主

**□** **③** 窓口受取りを希望（後日、指定する日に来庁いただきます）

※チェックがないときは①となります。

※滞納があるときは③となります。

（１）原則、世帯主名義の口座をご記入ください。

（２）世帯主名義以外の口座に振り込みをご希望の場合は、

下記に世帯主の署名捺印をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名義 |  |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  | 普・当 |
| 口座番号 |  |

支給方法の選択

委任状

（自署 または 記名・押印）