

様式第1号

		決 裁	年 月 日		
決 裁	部 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係
下記のとおり貸付を決定してよろしいか。					
受付番号		第 号			
貸付番号		第 号			
貸付年月日		年 月 日			
精算年月日		年 月 日			

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

住 所
申込人(世帯主)
氏 名 印

高額療養費借入申込書

高額療養費を借りたいので、つくば市高額療養費貸付基金条例施行規則第2条に基づき、次のとおり申し込みます。

被保険者	記号	つくば		番号			
療養を受けた被保険者名		生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	性別	男・女	
病院等の名称・所在地	名称						
	所在地						
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間			
病院等への支払金額		円	保険対象点数	点			

審査決定	一部負担金	円	自己負担分	円	高額療養費	円
	貸付算出額(80%, 90%)	円		貸付決定額	円	

保険診療対象点数明細書

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

所在地
医療機関 名称
代表者

印

被保険者 記号番号	つくば		世帯主 氏名							
受療者名			診療月	年 月分 (月 日～ 月 日)						
保険対象 点数	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								適用	入院 外来 調剤 該当に○
	点									

※ 保健対象点数が6桁未満の場合は、点数の頭文字の左欄を×で消してください。

※ 数字は、かい書にてお願いいたします。

口座振込依頼書

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

受給者（世帯主） 住 所
氏 名
電話番号 ()

印

私が、つくば市から受領すべき高額療養費貸付金は、下記の預金口座に振り込みを依頼いたします。

振込金融機関指定及び承認印

口座名義	フリガナ	承認印
振込金融機関名	銀行 支店 普通預金 No. 当座預金 No. 農協 支店	

上記のとおりお届けします。

※医療機関への振込が原則となります。

高額療養費代理受領委任状

私は、つくば市長を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 1 (療養者) _____ の 年 月分の療養に係る国民健康保険法第57条の2の規定に基づく高額療養費の受領に関すること。
- 2 代理受領した高額療養費を、つくば市高額療養費貸付基金に償還すること。

令和 年 月 日

住 所
委任者
氏 名

Ⓜ

つくば市長 宛て

被保険者	記 号	番 号

様式第2号

高額療養費貸付金借用書

金 円

上記金額を、つくば市高額療養費貸付基金条例第3条に規定する資金として借用いたしました。

令和 年 月 日

住所
借受人
氏名 ⑩

つくば市長 宛て

被保険者	記	号	番	号

高額療養費の税充当承諾書

私が、つくば市国民健康保険から支給される高額療養費については、国民健康保険税に充当することを承諾いたします。

つくば市長 宛て

令和 年 月 日

世帯主

住所：

氏名： ⑩

.....

.....

.....

.....

.....

(被保険者の番号)

口座振込依頼 つくば市長 宛て 〒 世帯主 住所 氏名 以下のとおり振込を依頼します。		年 月 日
受取口座	<input type="checkbox"/> 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)。 ※御自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。	
振込先口座	フリガナ	
	名義	
	銀行	口座番号
	支店	普通 当座
支給決定額		
費用額		
一部負担金		
自己(世帯)負担額		

国民健康保険高額療養費支給申請書
(年 月 診療分)

	レセプト番号			レセプト番号			レセプト番号					
	①被保険者(退職被保険者) 記号・番号			①被保険者(退職被保険者) 記号・番号			①被保険者(退職被保険者) 記号・番号					
②療養を受けた者の個人番号												
③療養を受けた者の氏名	1	一般	退職本人	退職被扶養者	2	一般	退職本人	退職被扶養者	3	一般	退職本人	退職被扶養者
④療養を受けた者の生年月日	年 月 日			年 月 日			年 月 日					
⑤傷病名												
⑥療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称											
	所在地											
⑦⑥の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間			年 月 日から 同月 日まで 日間			年 月 日から 同月 日まで 日間					
⑧⑦の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	(円)			(円)			(円)					
⑨他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない			受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない			受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない					
⑩今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月	診療月			1 年 月 診療分		2 年 月 診療分		3 年 月 診療分				
上記のとおり申請します。				個人番号				整理番号				
年 月 日 〒 世帯主 住所 氏名 電話番号又は連絡先 つくば市長 宛て												

※太線内は必ず御記入し、領収書の写しを添付してください。