

様式第1号

注) 申請書すべて→世帯主名で申請

		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			

〇〇年〇〇月〇〇日

つくば市長 宛て

住 所 つくば市研究学園100-50-1
 申込人(世帯主)
 氏 名 筑波 山男 印印

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	010203			
療養を受けた被保険者名	筑波 梅子		生年月日	S25 年 1月 1日	世帯主との続柄	妻	性別	男 女
病院等の名称・所在地	名称	日本筑波センター病院						
	所在地	〇〇市〇〇 〇番地〇						
傷病名	例) 脳梗塞		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

〇〇年〇〇月〇〇日

つくば市長 宛て

注) このページは病院が記入

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> 点								適用	入院 外来 調剤 該当に○

※ 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

〇〇年〇〇月〇〇日

つくば市長 宛て

住所 **つくば市研究学園 100-50-1**
受給者（世帯主）氏名 **筑波 山男** ㊞ ㊞
電話番号 **029 (883) 1111**

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 注) 病院が記入	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

- (療養者) 筑波 梅子 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。
- 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。

○○年○○月○○日

住 所 つくば市研究学園100-50-1
委任者
氏 名 筑波 山男 印 印

つくば市長 宛て

被保険者	記 号	番 号
	つくば	010203

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

住所 つくば市研究学園100-50-1
借受人
氏名 筑波 山男 印 印

つくば市長 宛て

被保険者	記号	番号
	つくば	010203

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

〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主

住 所： つくば市研究学園 100-50-1

氏 名： 筑波 山男 印 印

.....
.....
.....
.....
.....

(被保険者の番号 010203)

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

枚中 枚目

被保険者記号・番号		申請者（世帯主）氏名	診療年月	課税区分	所得区分	
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無				
請求年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日	医療機関等名	入外	日数	総医療費 被保険者負担額
		個人番号	医療機関等所在地			
傷病名						
貸付額		支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額	

つくば市長 様

〇〇年〇〇月〇〇日

上記のとおり申請します。

住所 **つくば市研究学園 100-50-1**

申請者（世帯主）

個人番号 **123456789123**

氏名 **筑波 山男**

電話番号 **029-883-1111**

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）。 ※ご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 checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人	ツクバ ヤマオ	
	金融機関		筑波山	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	筑波 山男	
	支店		川	支店	口座番号	
口座種別	普通・当座・その他 ()			0 0 0 0 0 0 0 0		

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名(申請者) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____