

患者さん記入分

①

(様式第1号)

高額療養費貸付金申請書 (年 月診療分)					
年 月 日					
(宛先) 松本市長					
申請人 (世帯主)			住所 氏名		
(連絡先 電話)					
高額療養費の貸付けを受けたいので、松本市高額療養費貸付規則第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。					
一般 ・ 退職 (本人・家族)			自己負担額		
保険証の記号番号		病院等の支払請求額		借入申込金額	
1	松国	円		円	
2	療養を受けた被保険者	氏名	昭平令	年 月 日生	世帯主との続柄
3	傷病名	レセプトによる			
4	療養取扱機関	所在地 病院等の名称			
5	療養期間	年 月 日から 年 月 日までの 日間			

※保険課処理欄

上記の申請について、次のとおり決定してもよろしいでしょうか。

国保税の滞納	1 無	2 有()
貸付の可否決定	1 貸付ける	2 貸付けない
貸付金額	円	

2

貸付 No,

(様式第4号)

高額療養費貸付金借用書

年 月 日

(宛先) 松本市長

1 借入金額	円
2 記号番号	松国
3 償還期限	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支給時
4 利 子	無利子

上記のとおり借用します。なお、高額療養費の支給額が高額療養費貸付金の額に満たないときは、その差額を市長が指定する日までに、市に償還いたします。

借 受 人 住所.....
(世帯主) 氏名.....

国民健康保険高額療養費支給申請書及び停止条件付相殺契約申込書

年 月 日

(宛先) 松本市長

申請者 住所.....
(世帯主) 氏名.....

このたび、私が借り受けた高額療養費貸付金の償還方法について、下記のとおり停止条件付相殺契約の申込みをします。

記

- 1 申込者に高額療養費が支給されることを停止条件として、その条件成就のときに、当該高額療養費の支給額と松本市の申込者に対する高額療養費貸付金債権を対等額において相殺する。この場合において
 - (1) 高額療養費の支給額が高額療養費貸付金債権の額を超えるときは、市長は、その差額を申込者に支払う。
 - (2) 高額療養費の支給額が高額療養費貸付金債権の額に満たないときは、申込者がその差額を市長が指定する日までに市長に支払う。
- 2 その他申込者は、松本市高額療養費貸付規則の規定を順守する。

請 求 書

4

貸付 No. _____

金 額		十億		百万		千		円
-----	--	----	--	----	--	---	--	---

	品 名 等	規 格 ・ 寸 法	数 量	単 価	金 額
た だ し	高 額 療 養 費	年 月 診 療 分			

上記のとおり請求します、下記預金口座にお振込みください。

年 月 日

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印 _____

() _____

(宛先) 松本市長 臥 雲 義 尚

取引金融機関名 _____ 支店名 _____

フリガナ _____

口座名義 _____

預金種別 _____ 普 ・ 当 _____ 口座番号 _____

直接現金で請求金額を受け取った場合は、下段の領収書にも記入押印してください。

上記請求金額を領収しました。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(宛先) 松本市会計管理者

収入印紙

貼 付 欄

お願い

- 1 ~~登録番号のある方は、必ず登録番号を記入してください。~~
登録番号とは、松本市への請求代金の振込口座を事前に登録いただいた番号で、登録番号を記入した場合は、上記請求書の振込口座に関する記載を省略することができます。
- 2 ~~請求明細(ただし書)は、裏面を使用することができます。~~
- 3 ~~受領委任の場合は、裏面の委任状を利用してください。~~
- 4 ~~※欄に数字、カナ等(伝票番号等)を記入していただくと振込通知書の契約番号欄にその数字等を表示します。~~

医療機関・患者 記入分



(様式第2号)

整理番号

年 月 日

自己負担分保険診療報酬請求書

医療機関等の所在地
及 び 名 称

責任者氏名

...(世帯主)..... 様

下記のとおり請求します。

国 保 記号番号	松国	療養者氏名	
診 療 月 (期間)		年 月 (日 ~ 日)	
入院・入院外の区分		1 入 院	2 入 院 外
保険点数	総 点 数	点	
	※公費対象点数	(点)	
自己負担分保険診療報酬請求額 (3割or2割分負担金額)		円	
支払方法 (希望のものに○印)		1 現 金	2 口座振込

口 座 振 込 依 頼 書

金融機関名		支店名	
預 金 種 目	1 普通 2 当座	口座番号	
口 座 名 義	フリガナ		
	氏 名		

備 考

※公費対象点数欄は、結核予防法第34条、第35条及び精神衛生法第32条による公費負担点数がありましたらご記入ください。

医療機関・患者 記入分

Ⓑ

貸付 No, _____

請求書

金額		十億			百万			千			円
----	--	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

品名等	規格・寸法	数量	単価	金額
高額療養費貸付金	年 月診療分			

上記のとおり請求します、下記預金口座にお振込みください。

年 月 日

〒 _____

世帯主

住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印 _____ () _____

(宛先) 松本市長 臥雲 義尚

委任状

委任者 住所 _____

(世帯主) 氏名 _____ 印 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

記

請求額 金 _____ 円の領収に関する一切の権限

ただし、(件名) 高額療養費貸付金として _____

年 月 日

受任者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

振込先金融機関名 _____ 支店名 _____

フリガナ _____

口座名義 _____

預金種別 普・当 口座番号 _____

※ フリガナは振込の際の実際の表記にてお願いします

医療機関は受任者の欄のみ記入・押印お願いします。

様式第 16 号(第 17 条関係)
国民健康保険高額療養費支給申請書
(宛先) 松本市長

5

番号
年 月 日

申請者(世帯主)

- ・個人番号
- ・住所
- ・氏名
- ・電話

診療分を下記のとおり申請します。

(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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 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			
(9) 診療科目、入院・外来の別				
(10) (8)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			
(11) (10)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円	円
(12) 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		(13)課税区分 (世帯全体)		(14)課税区分 (70歳以上)

70歳以上高額療養費			
高齢者外来		高齢者世帯合算	
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円
外来現物給付	円	入院現物給付	円
他法調整額	円	他法調整額	円
高齢者外来支給額	円	高齢者世帯支給額	円

国保世帯全体	
70歳未満一部負担金相当額	円
高齢者世帯計算後負担額	円
世帯自己負担限度額	円
世帯高額療養費	円
現物給付(70歳未満)	円
他法調整額	円
貸付額	円
世帯支給額	円

※限度額は、制度上の限度額を表示しています。

特例該当有無

既支給決定額 円

差引支給額 円

世帯最終支給額 円

振込先金融機関	銀行・信金・農協・金庫・信用組合			支店・支所
振込先口座情報	種別	口座番号	フリガナ	
	1 普通 2 当座		口座名義人	
(委任状) なお、支給される高額療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。 世帯主(組合員)氏名				

※注) 申請の際は領収書を提示して下さい。