

国民健康保険高額療養費支給申請書(精神障害者医療受給世帯用)

①被保険者証の記号番号 (国保保険証記載の番号)	記号	奈3	番号	
②療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	レセプト記載のとおり			
③傷病名	レセプト記載のとおり			
④療養を受けた病院等の所在地及び名称	レセプト記載のとおり			
⑤療養の期間	レセプト記載のとおり			
⑥受けた療養に対し病院等で支払った額	精神障害者医療費自己負担額支払明細書または領収書記載のとおり			
上記のとおり申請し、国民健康保険から給付を受ける金額の受領を大和郡山市長に委任します。 なお、申請と受領委任にあたり、以下のことを確認し、同意します。 ◎ この申請書は高額療養費または高額介護合算療養費を精神障害者医療費に充当する場合に使用すること。 ◎ 充当しても、なお高額療養費または高額介護合算療養費の支給があり、支給を受ける場合は、別途申請して受領すること。 ◎ 精神障害者医療助成金額確認のため、個人情報(精神障害者医療受給資格の状況のほか、精神障害者医療費自己負担額支払明細書等)を使用すること。 ◎ 国民健康保険税の滞納等により、高額療養費等の給付を受けることができない場合があること。 ※ 本書は精神障害者医療費助成の受給資格、または国民健康保険の資格を喪失するまで有効です。				
令和 年 月 日 世 帯 主 住 所 大和郡山市 氏 名 精神障害者医療受給者 氏 名 (未成年の場合は保護者) (注)世帯主と受給者が同じ場合であっても、両方に記入をお願いします。				
備 考				

太線内への記入をお願いします。