

(記入例)

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。										
野木町長 様		平成	〇年 〇月 〇日									
受給資格者 (申請者)	住所	野木町大字〇〇〇-〇-〇										
	氏名	野木太郎 (印)										
	電話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇										
受給者番号	1234567		被保険者氏名	野木太郎								
			保険証記号番号	〇〇 〇〇〇〇								
受診者	氏名	野木花子		加入保険	番号	1 1 1 1 1 1 1 1						
	生年月日	平成〇年〇月〇日				名称	〇〇健康保険組合					
振込先		新規・振込先変更の場合は記入してください。										
(フリガナ)		〇〇 銀行	〇〇 支店	預金種別				普通・当座				
口座名義		ノギタウ 野木太郎		口座番号				〇〇〇〇〇〇〇〇				
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無							有・無					

(注)高額療養費及び附加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

【申請にあたっての注意事項】

- 領収書を紛失してしまった場合は診療を受けた翌月10日以降に、申請者記入欄に記入してから医療機関に前月診療分の点数証明をもらって申請してください。
- 証明手数料は自己負担になります。(ただし、保険点数、負担割合、入院・外来の別が明記されている医療領収書については、証明のかわりとなります。)申請書にその領収書をのりづけせず、ホチキスなどはせずのもので添付してください。レシートは証明が必要です。
- 1カ月の医療費について、以下に示す額を超えて支払ったときは高額療養制度に該当しますので、加入保険者から通知のある高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを必ず添付してください。

[高額療養費にかかる自己負担月額限度額]

- 非課税世帯 35,400円
- 課税世帯

標準報酬月額56万円未満の場合	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
〃 56万円以上の場合	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%

- 助成金の請求は、診療日の属する月の翌月の初日から1年以内に申請してください。お手数でも保険証、資格証を確認して申請書にご記入ください。助成金の支払いは口座振込になります。(例: H25年4月診療はH25年5月~26年4月まで)
- 申請書は1医療機関1ヶ月1枚になります。入院と外来は別々の用紙に記入してください。
- 薬局も1医療機関になりますので、病院とは別の申請書が必要です。
- 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、ご自分の住所氏名を必ず記入して投函してください。

〒329-0195

野木町大字丸林571番地 野木町役場 住民課 給付・年金係  
郵送料はご本人の負担になります。

○問い合わせ先  
住民課 給付・年金係  
TEL. 57-4141