

(記入例)

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入してください。

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------|---------------------------------------|
| 野木町長 様 | | 令和 ○年 ○月 ○日 | |
| 受給資格者 (申請者) | 住所 | 野木町大字○○○-○-○ | |
| | 氏名 | 野木太郎 | |
| | 電話 | ○○○○-○○-○○○○ | |
| 受給者番号 | 1234567 | 被保険者氏名 | 野木太郎 |
| | | 保険証記号番号 | ○○ ○○○○ |
| 受診者 | 氏名 | 加入保険 | 番号 |
| | 野木花子 | 加入保険 | 1 1 1 1 1 1 1 1 |
| | 生年月日 | | 名称 |
| | 令和○年○月○日 | | |
| 振込先 | 登録口座へお振込みいたします。新規のみご記入ください。 | | |
| | ○○ 銀行 | ○○ 支店 | 預金種別 普通・当座 |
| (フリガナ) | ノギタウ | | |
| 口座名義 | 野木太郎 | 口座番号 | ○○○○○○○○ |
| 一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 | | | 有・ <input checked="" type="radio"/> 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】

- 申請の際は、医療機関から発行される領収書（保険点数、負担割合、入院・外来の別が明記されているもの）の添付が必要となります。※領収書はホチキスなどはずせるものでとめて申請してください。
- 領収書を紛失してしまった場合は、医療機関に領収書再発行の依頼をするか、申請書の「医療機関記入欄」に該当月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。
- 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の限度額]

| 区分 | 所得要件 | 自己負担限度額 | 多数該当 |
|----|---------------------------|---------------------------------|----------|
| ア | 旧ただし書所得 901万円超 | 252,600円＋ (総医療費－842,000円)×1% | 140,100円 |
| イ | 旧ただし書所得 600万円超 901万円以下 | 167,400円＋ (総医療費－558,000円)×1% | 93,000円 |
| ウ | 旧ただし書所得 210万円超 600万円以下 | 80,100円＋ (総医療費－267,000円)×1% | 44,400円 |
| エ | 旧ただし書所得 210万円以下 | 57,600円 | 44,400円 |
| オ | 低所得者（住民税非課税） | 35,400円 | 24,600円 |

- 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、受給資格者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：令和3年4月診療分は、令和3年5月～令和4年4月末まで申請ができます。)
- 申請書は1医療機関1ヶ月1枚必要となります。また、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、病院とは別に申請書が必要です。
- 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、押印して投函してください。
※郵送料はご本人の負担になります。

〒329-0195 野木町大字丸林571番地
野木町役場 町民生活部住民課 給付・年金係

○問い合わせ先
住民課 給付・年金係
TEL. 57-4141