

三木町告示第129号

三木町国民健康保険高額療養費貸付金規則の一部を改正する規則を次のように定める。

令和7年5月22日

三木町長 伊藤 良春

三木町規則第14号

三木町国民健康保険高額療養費貸付金規則の一部を改正する規則

三木町国民健康保険高額療養費貸付金規則(昭和61年三木町規則第2号)の一部を次のように改正する。

様式第1号、第2号、第2号の2及び第2号の3を次のように改める。

様式第1号(第4条関係)

決 裁	町 長	副町長	総 務 課 長	課 長	主 幹	課 補 長 佐	副主幹	係 長	係

受 付

No. _____

三木町長殿	年 月 日
申請者(世帯主) 住 所 氏 名 電 話	
印	
国民健康保険高額療養費貸付金申請書 高額療養費貸付金を借り受けたので、三木町国民健康保険高額療養費貸付金規則第4条の規定により、次のとおり申請します。	
被保険者記号・番号	香川17
療養を受けた被保険者氏名等	(年 月 日生) 申請者との続柄
傷 病 名	
発 病・負傷年月日等	年 月 日 療養期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間
療 養 取 扱 機 関	所在地 名称
療養取扱機関の請求金額または支払額	円
連 帯 保 証 人 1人世帯の場合のみ必要	住 所 氏 名 印 申請者との続柄
振替先	預金銀行 農協名 銀行 農協 支店 支所 口座 名義人
	預金種別・口座番号 預金No.

※ 貸付額審査決定事項裏面へ

裏面

国民健康保険高額療養費貸付額審査決定事項

貸付金決定額					円
貸付資格の状況	被保険者資格	有無	印		
	町税等滞納	有無	印		
	所得税課税	有無	印		
貸付決定額算定	高額療養費費用額 A	公費負担額 B	一部負担金 (A-B) C	貸付承認決定額	
	円	円	円	円	
一部負担金支払状況	支払済・未払				
規則第2条第4号にかかるとる特別な理由					
不承認の場合の理由					
摘要					

様式第2号(第4条関係)

受 付

No. _____

決 裁	課 長	主 幹	課 補	長 佐	副主幹	係 長	係

国民健康保険高額療養費支給申請書 (年 月 診療分)							
被保険者の 記号番号	香川17	以前12か月に 療養を受けた年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
療養を受けた 被保険者氏名	(年 月 日)		(年 月 日)				
退職被保険 者等の別	1 本人 2 被扶養者		1 本人 2 被扶養者				
傷 病 名							
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		日 間		年 月 日から 年 月 日まで		日 間
診療、薬剤の支 給または手当 を受けた病院、 診療所薬局そ の他の者の所 在地および名 称	所 在 地		所 在 地				
	名 称		名 称				
療養期間中に 病院等で支払 った額			円		円		
備 考	上記支払い金額は (1)保険診療のみ (2)保険診療外を含む			上記支払い金額は (1)保険診療のみ (2)保険診療外を含む			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電 話</p> <p>三木町長殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>							
<p>注 ① 傷病が第三者の行為によるときは、その旨申し出てください。</p> <p>② この給付金は世帯主の預金口座に口座振替により支払いますから次に記入して下さい。</p>							
振替先	預 金 銀 行 名	銀 行 支 店		名 義 人			
	預 金 農 協 名	農 協 支 所		(世帯主氏名)			
	預金種別・口座番号	預金No.			資 格		
決 定 点 数		結予34 精神32B (A-B)	点	一 部 負 担 金		支 給 額	
A	点	C	点	D	円	E	円
貸 付 金			円	差 引 支 給 額			円

様式第2号の2(第4条関係)

決 裁	町 長	副町長	総 課 長	務 長	課 長	主 幹	課 補	長 佐	副主幹	係 長	係

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

		支給決定年月日		支 給 決 定 額	
		年 月 日		¥ _____	
①被保険者の記 号・番号			②療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月日		
			年 月 日		
③傷 病 名					
④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			
⑤④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	
⑥⑤の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額		円			
⑦備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日					
				世帯主住所 氏名	
三 木 町 長				殿	

◎ 記入方法は裏面をご覧ください。

◎ この請求書による支払いは診療を受けた月から3か月程度のちになります。

裏 面

注 意 事 項

- 1 この申請書は、次によって作成してください。
 - (1) 暦月ごと、被保険者ごとに作成してください。
 - (2) 療養を受けた医療機関に医科と歯科があるときは、医科と歯科別に作成してください。
 - (3) 同じ医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成してください。
- 2 ⑤欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 ⑥欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。

ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。

様式第2号の3(第4条関係)

決 裁	課 長	主 幹	課 補	長 佐	副主幹	係 長	係	支 給 決 定 額
								円

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者の記号番号		自己負担限度額			円
療養を受けた 被保険者の 氏名等	氏 名				
	一 般・ 退 職 別	一 般・退 職	一 般・退 職	一 般・退 職	
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
傷 病 名					
診療・薬等の支給 または手当を受 けた病院・診療 所・薬局・その他 の名称及び所在 地	名 称				
	所 在 地				
上 記 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	年 月 日 から 同 月 日 まで 日間	年 月 日 から 同 月 日 まで 日間	年 月 日 から 同 月 日 まで 日間	
上記の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額	円 (保険診療分以外を 含む・含まない)	円 (保険診療分以外を 含む・含まない)	円 (保険診療分以外を 含む・含まない)	円 (保険診療分以外を 含む・含まない)	
他の制度により一部負担金 相当額またはその一部の支 給を受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収 円) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収 円) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収 円) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収 円) 受けられない	
備 考					
今回申請の診療月以前12か 月間に高額療養費の支給を3 回以上受けた場合、その診療 月	第1回目	第2回目	第3回目		
	年 月 診療	年 月 診療	年 月 診療		
上記のとおり申請します。 年 月 日					
三木町長殿			世帯主住所 氏名 (印)		
支 給 方 法		窓口払い・口座払い		TEL	
振替先	預金銀行・農協名	銀行 支店 農協 支所	名 義 人 (世帯主氏名)		
	預金種別・口座番号	預金 No.			

附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和6年12月2日から適用する。