様式第8（第8条関係）

高額療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　　　年　　月分） | | | | | | 村長 | | 課長 | | 係長 | | 係員 |
|  | |  | |  | |  |
| 被保険者  証の  記号番号 | 宮41 | 診療を受けた  被保険者の  氏名生年月日 | |  | | | | | 世帯主  との続柄 | | |  |
| 明  大　　年　　月　　日  昭  平 | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | | |
| 診療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 |  | | | | | | | | | |
| 病院等で療養を受けた期間 | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで | | | | | 日間 | | | | | |
| 病院等で支払った額 | | 円 | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | レセプト点数 | | | 支給決定額 | | | 確認印 | |
|  | | |  | | |  | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　年　　月　　日  世帯主の住所  氏名  椎葉村長殿 | | | | | | | | | | | | |

同意書

私は、高額医療費の請求については、その権限を椎葉村住民課長に委任、その受領を口座振替によることを同意します。

なお、次の金融機関に口座振替を希望します。

※椎葉村指定金融機関名　　1　宮崎銀行椎葉支店

2　日向農業協同組合椎葉支店

（注）1、2どちらかを○で囲むこと。

　　　　年　　月　　日

椎葉村長殿

住所　椎葉村大字

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 地区名 |
|  |