

記入見本【医療費の払い戻し(高齢期)】

全員が記入する箇所
 世帯に本制度の受給者が他にいる方のみ記入する箇所

お住まいの区を記入してください

医療費の払い戻し申請書(高齢期移行者医療)

神戸市 区長 宛

申請日 令和 年 月 日 診療月 令和 年 月 診療分

申請者	フリガナ	コウベ タロウ	受給者との続柄	本人 後見人
	氏名	神戸 太郎	電話番号	012-3456-7890 <small>※日中連絡がつく携帯番号など</small>
	住所	〒650-0001 神戸市中央区加納町6丁目5-1		

※この申請は本人(受給者)がするものです。ただし、被後見人の場合は後見人が申請してください。

下記のとおり、領収書(コピー ※返送不要の場合、原本でも可)を添えて、医療費の払い戻しを申請します。また、この申請に関して、保険者や医療機関など関係機関に対し、必要な情報を市が調査することに同意します。
 なお、申請内容に虚偽があることが発覚した場合は、助成額を返還します。

受給者①	フリガナ		受給者番号	1 2 3 4 5 6 7
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和 30 年 1 月 23 日

※受給者本人が申請する場合、「受給者氏名」欄の口に入力し、「受給者番号」と「生年月日」を記載してください。

口座情報	金融機関名(コード:)	支店名(コード:)	預金種目
	ABC	神戸	普通 当座 貯蓄
	口座番号	口座名義(カナ)	
	0 9 8 7 6 5 4	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	

※原則、受給者(被後見人の場合は、後見人)名義の口座としてください。
 受給者・後見人以外の口座を指定する場合は、別途委任状が必要です。

高額療養費等(高額療養費及び附加給付金)について、いずれかの口に入力してください

- ※1 神戸市の国民健康保険に加入している方は、記入不要です。
- ※2 支給されるかどうか不明な場合は、加入している健康保険にご確認ください。

今回申請する月に「高額療養費等」が、支給されます。
 ⇒ 療養費等支給状況証明書 または 支給決定通知書 を添付してください。

今回申請する月に「高額療養費等」は、支給されません。

---【同じ世帯に本制度(高齢期移行者医療)の受給者がいる方のみ】---

同じ世帯にいる本制度受給者の医療費を、まとめて申請する場合は、その方の受給者情報をご記入ください。
 なお、下記に記載された方については、申請者に今回申請する月の医療費に関して、「支給申請」ならびに「医療費の受領」を委任しているものとします。※申請者及び受給者②の氏名欄に押印してください。

受給者②	フリガナ	コウベ ハナコ	受給者番号	7 6 5 4 3 2 1
	氏名	神戸 花子	生年月日	昭和 32 年 3 月 21 日

(以下、職員記入欄)

起案日	年 月 日	決裁日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	喪失日	年 月 日
領収書枚数	枚	総医療費	点×10円	日数	円	一部負担金	円
						附加・高額・療養費	円
							支給決定額
決裁	課長	係長	担当	負担区分	区分Ⅰ	1. 市国保[番号:]	備考
					区分Ⅱ	2. 市国保以外	
							受付

この欄は記載不要です

【申請日】
 申請を行う年月日(郵送の場合は、郵送する日)を記入してください。
 【診療月】
 医療機関を受診した月(払い戻しを受ける領収書の発行月)を記入してください。
 ※1か月につき、申請書は1枚としてください。
 複数月を申請する場合、診療月欄以外はコピーでも構いません。

【申請者情報】
 原則、受給者本人が申請してください。
 ただし、受給者本人が被後見人の場合は、後見人が申請してください。
 ※原則、申請者名義の口座に振り込むため、同じ世帯の本制度(高齢期移行者医療)の受給者について、まとめて申請する場合は、口座をお持ちの方を申請者としてください。

【受給者情報①】
 ○申請者本人が申請する場合 = 申請者が被後見人でない場合
 ・氏名欄の「申請者と同じ」に「チェック(✓)」
 ・受給者番号(※)/生年月日のみ記載
 ○申請者の成年後見人が申請する場合 = 申請者が被後見人の場合
 ・受給者本人の情報について、氏名/受給者番号(※)/生年月日を記載
 ※受給者証・資格認定通知書に記載されています。見本(受給者番号の確認方法)を参照してください。

【振込先の口座情報】
 原則、受給者(または後見人)名義の口座情報を記入してください。(金融機関コード・支店コードは記載不要)
 ゆうちょ銀行口座の方は、口座番号の変換方法を参考に、記入してください。
 ※別の口座に振り込む場合は、以下の要件を満たした委任状(参考様式)が必要です。
 ①委任者および受任者の氏名・住所・生年月日・電話番号が記載されている
 ②委任する内容「医療費の払い戻し(償還払い)」が記載されている
 ③委任者および受任者の押印がある

【高額療養費等の支給状況の確認】
 本制度は、加入している健康保険から「療養費」や「高額療養費・附加給付金」が支給される場合、支給された後の自己負担額を助成する制度です。

「高額療養費・附加給付金(上図、緑色)」の支給状況について、いずれかの口を✓してください。
 ★1か月に支払った医療費が高額となっている場合は、支給される可能性があります。
 支給状況が不明な場合は、加入している健康保険(※)に支給されるかどうかを確認してください。
 ※医療機関を受診したときと現在の健康保険が異なる場合は、受診したときの健康保険

【受給者情報②】
 同じ世帯に、本制度(=高齢期移行者医療)を受給している方が他にもいれば、一つの申請書でまとめて申請できます。(※振込先口座は同じになります。)
 まとめて申請する場合は、受給者②が申請者に「医療費の支給申請や受領」を委任する必要があります。
 委任していることを示すため、申請者及び受給者②の氏名欄に必ず押印してください。