様式第1号(第6条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付番号 | | | | |  | | | | |  |
| 受付年月日 | | | | |  | | | | |
| 国民健康保険高額療養費貸付申請書  　　年　　月　　日  　宇和島市長　　　　様  申請者(世帯主)  住　　所  氏　　名  個人番号  　下記のとおり、高額療養費貸付金の貸付けを受けたく申請します。  記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 療養に要した費用額  A | | | 結予等の負担額  B | 国保給付対象費用額  (A－B)  C | | 一部負担金  (C×)  D | | | | 自己負担限度額  E | | 高額療養費  (D－E)  F | | | | | | 貸付申請額  (F×)  G | | | | | 貸付決定額  H | | |  |
| 円 | | | 円 | 円 | | 円 | | | | 円 | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 円  ※ | | |
| 医療機関の診療を受けた者 | 被保険者の氏名等 | 被保険者 | | 記号 | | | | | | | | | 番号 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | 申請者との続柄 | | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | 男・女 | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |
| 傷病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 貸付申請に係る診療月 | | | | | | 年　　　月分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注)　1　持参するもの  　　　①　病院等の診療報酬内訳書又はこれに代わる書類  　　　②　本人確認書類    　　　2　※印欄は、記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |