



(記入例)

申請者記入欄		太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。		受給資格証に記載された受給資格者名を記入		
塩谷町長 様		平成 年 月 日				
受給資格者 (申請者)		住所	塩谷町大字	-	-	
		氏名	栃木太郎	印		
		電話	0287-	-		
受給者番号		加入保険		被保険者氏名	栃木太郎	
				保険証記号番号		
受診者	氏名	栃木太郎		保 險 者	番 号	
	生年月日	S 年 月 日			名 称	
振込先		銀行 支店 預金種別 普通・当座 指定口座に振り込みになります。記入は不要です。 (振り込先を変更する場合は、変更届を提出して下さい) (フリガナ) 口座名義 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 ・ 無	

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

受診者以外の家族一人(同一保険に加入)につき1ヵ月に医療費を2万1千円以上支払った場合は有りに 印

申請にあたっての注意事項

1. 診療を受けた翌月10日以降に、申請者記入欄に記入してから医療機関に前月診療分の点数証明をもらって申請して下さい。
2. 証明手数料は自己負担になります。(ただし、保険点数、負担割合、診療科目、入院・外来の別が明記されている医療領収書については、証明のかわりとなります。)
3. 1カ月の医療費について、以下に示す高額療養費にかかる自己負担月額の限度額を超えて支払ったときは、加入保険者から通知のある高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを必ず添付して下さい。

[高額療養費にかかる自己負担月額の限度額]

非課税世帯 35,400円

課税世帯	一般(上位所得者)	
	平成18年 9月30日まで	72,300円(139,800円)
	平成18年10月 1日から	80,100円(150,000円)

4. 助成金の請求は、診療日の属する月の翌月の初日から1年以内に申請して下さい。お手数でも保険証、資格証を確認して申請書にご記入下さい。助成金の支払いは口座振込になります。

例：平成18年4月診療分は、平成19年4月までが申請期間

5. 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して投函して下さい。
6. 申請書は1医療機関につき1枚ご記入願います。薬局も別です。
7. まとめて何枚か申請される際は、2枚目からの申請者記入欄の記入は「受給者番号、受診者氏名、生年月日」だけで結構です。(同一受診者の場合)

ご不明の場合は、塩谷町役場保健福祉課(45-1119)又はご住所の市役所・町役場にお問い合わせ下さい。