別記様式第3号

（足利市国民健康保険高額療養資金貸付金用）

保険診療証明書（兼受領承諾書）

<table>
<tr><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="2">あ</td><td>区分</td><td colspan="2">1.一般（乳）</td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">昭・平　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">診療期間</td><td>入院</td><td colspan="4">年　　月　　日から　同月　　日まで　　日間</td></tr>
<tr><td>入院外</td><td colspan="4">年　　月　　日から　同月　　日まで　　日間</td></tr>
<tr><td rowspan="2">上記期間における保険診療点数</td><td>入院</td><td colspan="2">点</td><td rowspan="2">他法公費負担点数</td><td>点</td></tr>
<tr><td>入院外</td><td colspan="2">点</td><td>点</td></tr>
<tr><td>支払済医療費</td><td colspan="5">有（　　円）　・　無</td></tr>
<tr><td>傷病の原因</td><td colspan="5">第三者行為（交通事故）　・　労働災害　・　左記以外
※第三者行為や労働災害では、貸付を利用することはできません。</td></tr>
<tr><td>受領承諾</td><td colspan="5">上記被保険者が支払うべき一部負担金のうち、被保険者に属する世帯主が貸付けを受ける足利市国民健康保険高額療養資金貸付金については、足利市からの支払いをもって被保険者からの支払いとして受領することを承諾します。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関口座</td><td colspan="2">銀行　　支店</td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
口座名義</td><td></td><td>種別</td><td colspan="2">普通・当座</td></tr>
</table>

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関　所在地

医療機関　名　称

（　担当者　　）

＊この証明書は、足利市国民健康保険高額療養資金貸付金の借入のためにのみ使用するものです。

①この証明の対象となる人は、足利市国民健康保険の被保険者に限ります。

②保険診療点数欄は、同一月内で足利市国民健康保険に請求した点数を記入してください。

③入院時食事療養費は除いてください。医科と歯科がある場合は別々の用紙に記入してください。

④足利市国民健康保険高額療養資金の貸付限度額は、高額療養費支給見込額の90%です。

事務局使用欄

<table>
<tr><th colspan="2">世帯主</th><th>被保険者区分</th><th>回数</th><th>所得区分</th><th>備考</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">本　人</td><td>一般</td><td>多数回</td><td>ア</td><td rowspan="2">要</td></tr>
<tr><td>一般（2割）未就学児</td><td>1・2・3</td><td>イ</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">本人（来庁者）確認</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">H　.
H　.
H　.</td><td>ウ</td><td rowspan="2">不要</td></tr>
<tr><td>エ</td></tr>
<tr><td>オ</td><td></td></tr>
</table>

（　　年度）