

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日				
苦前町長 宛 下記のとおり申請します。				
診療月	年 月	被保険者証記号番号	苦前	
療養を受けた被保険者	氏名			
	生年月日	(年 月 日)	(年 月 日)	
	被保険者区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶	
	個人番号			
対象となる医療の内容 (※省略可)				
傷病名	診療報酬明細書のとおり		診療報酬明細書のとおり	
発症又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等)		<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等)	
	<input type="checkbox"/> 業務上の災害 (勤務災害等)		<input type="checkbox"/> 業務上の災害 (勤務災害等)	
	<input type="checkbox"/> その他 (自損事故・疾病)		<input type="checkbox"/> その他 (自損事故・疾病)	
療養を受けた病院等の所在地及び名称	所在地			
	名称			
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで (日間)		年 月 日から 日まで (日間)	
科別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤	
療養に対し病院等で支払った額	円		円	
世帯主	住所	電話番号		
	氏名	個人番号		
届出人 (窓口に来られた人)	<input type="checkbox"/> 世帯主・同一世帯員 (氏名のみご記入ください) <input type="checkbox"/> 代理人 (下記すべてご記入ください)			
	住所			
	氏名	⑩	世帯主との続柄	
振込先	<input type="checkbox"/> 前回同様口座希望 <input type="checkbox"/> 下記口座希望			
	金融機関名	銀行・農協 信金・組合	本店・支店 支所・出張所	種類 普通・当座 その他 ()
	フリガナ			
	口座名義人	口座番号		
※ 振込先が世帯主の方以外の口座の場合は、次の委任欄に記入・押印が必要です。 委任欄 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ ⑩ 代理人 住所 _____ 氏名 _____				

※上記申請に基づく高額療養費の支給額は、下記調書のとおりである。

審査決定調書					
負担区分	・70歳以上【現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 低Ⅱ 低Ⅰ】 ・70歳未満【ア イ ウ エ オ】 ・多数該当				
療養に要した費用額	保険者負担額	一部負担金 A	他法負担額	自己負担額 B	差引支給額 A-B
支給決定金額				百万	千
					円

◎記載上の注意事項

- 1 この申請書は、次によって作成してください。
 - ・ 1か月ごとに作成してください。
 - ・ 同じ医療機関で、医科と歯科の療養を受けたときは、欄を分けて作成してください。
 - ・ 同じ医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成してください。
 - ・ 療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。

- 2 療養に対し病院等で支払った額
 - ・ 保険診療とならない食事代や部屋代等は除いた保険診療分のみご記入ください。
 - ・ ただし、その額が明確でないときは、医療機関等に支払った金額を記入してください。

- 3 保険証と領収書は、必ず提出してください(確認後お返しいたします。)

- 4 支払は、診療を受けた月から、おおむね3~4か月後になります。