

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

年 月 日

高島町長 高梨 忠博 殿

住 所 高島町
世帯主 個人番号
氏 名 _____

| | | | | | |
|---------------|--|-----------------------------|------------------------|---------|--------|
| 交通事故等の第三者行為 | | 有 ・ 無 | 一般被保険者 ・ 退職被保険者等 | | |
| 被保険者証 記号番号 | 628- | 療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・個人番号 | _____年 月 日 | | |
| 疾 病 名 | | | | | |
| ① | 療養を受けた病院、診療所 薬局等の名称及び所在地 | 名 称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| ② | ①の病院等で療養を 受 け た 期 間 | 年 月 日から | 日 間 | | |
| | | 年 月 日まで | | | |
| ③ | ②の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額 | 円 | | | |
| ④ | 今回申請の診療月以前 1 2 ヶ月に高額療養費の 支給を 3 回以上受けた 場合、その直近の診療月 | 診療月 | 備 | | |
| | | 1 年 月診療分 | 考 | | |
| | | 2 年 月診療分 | | | |
| | | 3 年 月診療分 | | 多数該当の有無 | 多 数 |

| | | | | | |
|--------------------|-----------------------|--------|--------|--------|------------------|
| 備 考 | 高額療養費 支給振替 指定口座 | 銀 行 | 本 店 | 種 別 | 普 通 当 座 |
| | | 信用金庫 | 支 店 | フリカ`ナ | |
| | | 信用組合 | 支 所 | 口座名義 | |
| | | 労働金庫 | 出張所 | 口座番号 | |
| | | 農 協 | | | |
| 高額療養費貸付金 (有 ・ 無) | | | | 円 | |

(注)

- 1 この申請書は、次によって作成してください。
 - (1) 診療月ごとに作成してください。
 - (2) 世帯合算により高額療養費の支給を受ける場合は、裏面内訳書を記入してください。
- 2 ③欄は、病院等で支払った額のうち、いわゆる保険診療分についてのみ記入し、保険診療とならない特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。
ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 3 ④欄は、今回申請の診療月以前の1 2 ヶ月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分について記入してください。
- 4 病院等に支払った額の領収書があれば、この申請書に添付してください。

(内 訳 書)

| | | | | |
|--|---------|--|--|--|
| 被保険者証 記号番号 | | | | |
| 療養を受けた被保険者の 氏名、生年月日、一般被保 険者・退職被保険者等の別 | 氏 名 | 1 | 2 | 3 |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 一般・退職の別 | 一般 ・ 退職 | 一般 ・ 退職 | 一般 ・ 退職 |
| 疾 病 名 | | | | |
| ① 療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の 名称及び所在地 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| ② ①の病院等で療養を受けた期間 | | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |
| ③ ②の期間に受けた療養に対し 病院等で支払った額 | | 円 | 円 | 円 |
| ④ 他の制度により自己負担相当額又は その一部の支給をうけられるかどうか | | ○受けられる (制 度 名) (費用 徴収の 有・無) ○受けられない | ○受けられる (制 度 名) (費用 徴収の 有・無) ○受けられない | ○受けられる (制 度 名) (費用 徴収の 有・無) ○受けられない |
| ⑤ 今回申請の診療月以前12ヵ月に 高額療養費の支給を3回以上受けた 場合、その直近の診療月 | | 診療月 1 年 月診療分 2 年 月診療分 3 年 月診療分 | 備 考 | |