

国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月 診療分)

年 月 日

小国町長 殿

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

一般被保険者・退職被保険者等

被保険者証の 記号・番号		療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日	年 月 日
		個 人 番 号	
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
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	現金払・口座振替(登録口座有・無) 振込先口座 銀行・信組 農協・労金 _____ 支店 普・当 No. _____ 口座名義(カナ) _____ 連絡先 ( ) _____

(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金額を記入し、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12ヵ月以内に、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。

受 領 委 任 欄	療養費の受領について 上記口座の名義人 に委任いたします。	㊦
--------------	-------------------------------------	---

(裏面)

(内 訳 書)

[これについては、規則上明記しなくてもよい。]

被保険者証の 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
	個人番号			
	一 般 ・ 退職の別	一般・退職	一般・退職	一般・退職
疾 病 名				
療養を受けた病院・ ① 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 受けられるかどうか		○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	