

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

年 月 日

寒河江市長

様

世帯主 住 所 寒河江市

氏 名

個人番号

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			電 話 番 号						
療養を受けた 被保険者氏名									
生 年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
個 人 番 号									
被保険者区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者		
病 院 等 の 名 称 ・ 所 在 地									
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		診療報酬明細書の とおり		診療報酬明細書の とおり		
療 養 期 間									
入 院 ・ 外 来 区 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤		
療養に対し病院 等で支払った額	円		円		円		円		
今回申請の診療月以 前1年間に高額療養 費を支給されている 月数が3月以上(※) ある時はその直近 3月の診療月	1 診療分 2 診療分 3 診療分		世帯(所得) 区 分		70歳 以上 75歳 未満		世帯 全体		
振 込 口 座 等	金 融 機 関 名	・銀行・信用組合 ・農協・労働金庫 ・信用金庫 ・本店 ・支店 ・支所							
	口 座 番 号 (右詰で記入)							口座の 種 類	普通預金
	フリガナ								
	口 座 名 義 人								

処理欄

総 費 用 額	被保険者負担相当額	限 度 額	公費負担に係る費用徴収 及び一部負担金相当額	高額療養費総支給額
円	円	円	円	円

※申請にあたっては、裏面を参照してください。

(裏面)

(注)

- 1 この申請書は、次によって作成してください。
 - (1) 世帯ごと。
 - (2) 診療月ごと（同一月の1日から末日まで）。
 - ※ 同一医療機関において入院分と外来分がある場合はそれぞれ記入してください。
 - ※ 同一医療機関において歯科分と内科分がある場合はそれぞれ記入してください。
- 2 「療養に対し病院等で支払った額」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てください。
- 3 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。