

国民健康保険高額療養費支給申請書

信濃町長

番号

平成 年 月 日

申請者（世帯主）

- ・ 個人番号
- ・ 住所

- ・ 氏名
- ・ 電話

印

平成 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 療養を受けた被保険者の氏名				
(4) 療養を受けた被保険者の生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主（組合員）との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 発症又は負傷の理由				
		1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）		
(9) 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			
(10) 診療科目、入院・外来の別				
(11) (9)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日 日まで 日間			
(12) (11)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円	円	円
(13) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(14) 課税区分 (世帯全体)	(15) 課税区分 (70歳以上)

70歳以上高額療養費			国保世帯全体		多数該当
高齢者外来	高齢者世帯合算	多数該当	70歳未満一部負担金相当額		円
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円	高齢者世帯計算後負担額	円
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円	世帯自己負担限度額	円
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円	世帯高額療養費	円
外来現物給付	円	入院現物給付	円	現物給付（70歳未満）	円
他法調整額	円	他法調整額	円	長期調整額	円
高齢者外来支給額	円	高齢者世帯支給額	円	他法調整額	円
※限度額は制度上の限度額を表示しています。 特例該当有無 <input type="checkbox"/> 無			貸付額		円
			世帯支給額		円
既支給決定額	円	差引支給額	円	世帯最終支給額	円

振込先金融機関		銀行・信金・農協・金庫・信用組合		支店・支所
振込先口座情報	種別	口座番号	フリガナ	
	1 普通 2 当座		口座名義人	
なお、支給される高額療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。				
(委任状)	世帯主（組合員）氏名		印	

※注）申請の際は領収書を提示して下さい。