

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

申請者
(世帯主)

個人番号

住所

氏名

電話番号

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

① 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号															
② 療養を受けた被保険者の個人番号															
③ 療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名		1				2				3					
④ 療養を受けた被保険者の生年月日															
⑤ 療養を受けた被保険者の区分															
⑥ 世 帯 主 と の 続 柄															
⑦ 傷 病 名															
⑧ 療養を受けた病院・診療所等の名称・所在地	名称														
	所在地														
⑨ 診療科目、入院・通院等の区分															
⑩ ⑧ の 病 院 等 で 療 養 を 受 け た 期 間		年 月 日から 同月 日まで 日間				年 月 日から 同月 日まで 日間				年 月 日から 同月 日まで 日間					
⑪ ⑩ の 期 間 に 受 け た 療 養 に 対 し 病 院 等 で 支 払 っ た 額		(円)				(円)				(円)					
⑫ 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか		受けられる (制名) (費用徴収の 有・無) 受けられない				受けられる (制名) (費用徴収の 有・無) 受けられない				受けられる (制名) (費用徴収の 有・無) 受けられない					
⑬ 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(※)あるときはその直近3月の診療月		1 年 月 診療分 2 年 月 診療分 3 年 月 診療分				⑭ 世帯(所得) 区 分		70歳以上 75歳未満				世帯全体			
振 込 関 先 名		銀 行 ・ 信 用 金 庫 農 協 ・ 信 用 組 合								本 店 支 店 出張所					
預 金 種 目 及 び 口 座 番 号		普 通 ・ 当 座 ・ そ の 他 () 預 金													
フリガナ 名 義 人 (世 帯 主)															

支 払 決 定 伺 い	支 給 決 定 年 月 日	年 月 日
	整 理 番 号	
	世 帯 最 終 支 給 額	A 円
	既 支 給 決 定 額	B 円
	差 引 支 給 額	A - B 円