

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			
⑨診療科目、入院・通院等の区分				
⑩⑧の病院等で療養を受けた期間	年 同月 日から 日まで 日間	年 同月 日から 日まで 日間	年 同月 日から 日まで 日間	
⑪⑩の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額	円 ()	円 ()	円 ()	
他の制度により自己負担相当額 ⑫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 (費用微収の 有・無)) 受けられない	受けられる (制名 (費用微収の 有・無)) 受けられない	受けられる (制名 (費用微収の 有・無)) 受けられない	
今回申請の診療月以前1年間に ⑬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 2 年 3 年	月診療分 月診療分 月診療分	⑭ 70歳 世帯(所得) 以上 分 75歳 未満	世 帯 全 体
振込機関名	銀農 行・信用金庫 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