



国民健康保険高額療養費支給申請書

※ 太枠内を記入して下さい

被保険者の区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退家	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退家	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退家
被保険者の年齢区分	<input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 若人 <input type="checkbox"/> 65~69 <input type="checkbox"/> 高齢70	<input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 若人 <input type="checkbox"/> 65~69 <input type="checkbox"/> 高齢70	<input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 若人 <input type="checkbox"/> 65~69 <input type="checkbox"/> 高齢70

被保険者証 記号番号			診療月	年	月
療養を受けた 被保険者の氏名					
療養を受けた 被保険者の個人番号					
療養を受けた 病院等の名称					
入院・入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外		
療養期間	年 月 日 ~ 日 (日間)	年 月 日 ~ 日 (日間)	年 月 日 ~ 日 (日間)		
上記の期間に受けた療養に対し し病院等へ支払った保険診療 の一部負担額	円	円	円		
他の制度による自己負担額相 当額またはその一部の支給が 受けられるか等の状況	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない		
所得区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 低所得	算定区分	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 世帯合算 <input type="checkbox"/> 多数該当	第三者行為による傷病 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	支給決定通知書の発行 <input type="checkbox"/> 希望する

支給額 算定過程	医療費	円	円	円
	一部負担額	円	円	円
	限度額	円	円	円
	差引額	円	円	円
	世帯限度額	円	支給決定額	円

振込先 (1. 新規 2. 口座変更) ※ 左記以外は記入不要			
金融機関	銀行 信用金庫 農協	支店 本所 出張所	口座種別 1. 普通 2. 当座 3. その他
口座番号	フリガナ 口座名義		

上記のとおり申請します。なお、同月、世帯内に地方単独事業により、一部負担金の一部または全額を公費で現物給付されている者がおり、当該公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合にはその受領方を公費負担者へ委任します。

年 月 日

世帯主 住 所 能美市 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

能美市長 あて

電話番号 (_____) _____

医療費が決定したあとで支給額の計算をしますので、振り込みは早くても診療月から3ヶ月後の月末(通常28日)になります。あらかじめご了承ください。

***** 事務処理欄 *****

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> 通知カード	
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> システム	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他	
()	<input type="checkbox"/> その他 ()	()	