

国民健康保険 高額療養費支給申請書 ( 年 月 診療分)

療養を受けた者の 氏名、性別 生年月日	① 男 女 S・H・R 年 月 日	② 男 女 S・H・R 年 月 日	③ 男 女 S・H・R 年 月 日	④ 男 女 S・H・R 年 月 日	
個人番号					
種 別	前期高齢者・一般 退職本人・退職家族	前期高齢者・一般 退職本人・退職家族	前期高齢者・一般 退職本人・退職家族	前期高齢者・一般 退職本人・退職家族	
傷 病 名					
療養を受けた 病院診療所等の 名称・所在地	領収書のとおり	領収書のとおり	領収書のとおり	領収書のとおり	
療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間				
病院等で支払った金額	円	円	円	円	
外来・入院の別及び 交通事故の有無	外 来 ・ 入 院 交通事故 ( 有 ・ 無 )	外 来 ・ 入 院 交通事故 ( 有 ・ 無 )	外 来 ・ 入 院 交通事故 ( 有 ・ 無 )	外 来 ・ 入 院 交通事故 ( 有 ・ 無 )	
国保以外の制度 による給付	(制度名 ) (費用徴収額 円)	(制度名 ) (費用徴収額 円)	(制度名 ) (費用徴収額 円)	(制度名 ) (費用徴収額 円)	
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、直近の月から記入してください。				支払額合計	
年 月		年 月		年 月	
				円	
被保険者	記 号	番 号	支払 方法	1. 口座振込	銀行 普通・当座
				2. 現金	金庫 支店 口座番号： _____ 農協 支所 口座名義人： _____
大川市長 殿 行政区 隣組					
上記のとおり申請します。					
年 月 日 住所 大川市大字					
世帯主 氏名 ㊟					
個人番号					
電話 ( )					

高額療養費の算定	課税状況	前期高齢者	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅲ				多数回該当
		国保一般世帯 (H26.12以前診療)	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位所得者				<input type="checkbox"/> 該当
		国保一般世帯 (H27.1以降診療)	<input type="checkbox"/> (オ)非課税 <input type="checkbox"/> (エ)210万以下 <input type="checkbox"/> (ウ)210万超600万以下 <input type="checkbox"/> (イ)600万超901万以下 <input type="checkbox"/> (ア)901万超				<input type="checkbox"/> 非該当
	No.	療養に要した費用額	前高・外来自己負担額 (個人単位負担額通計)	前高 外来・入院 自己負担限度額	一 般 ・ 退 職 自 己 負 担 額	公費費用 徴 収 額	高額療養費支給額
	①	円	円	円	円	円	円
②		( )					
③		( )					
④		( )					
前高世帯限度額合算額			円	(世帯負担限度額)	円	円	
			世帯全体合算額	円		円	

(処理欄)

・支給	支給決定額	円
・不支給 理由：	高額医療費貸付額	円
・保険税 <input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納	・支給年月日	年 月 日
	差引支給額	円