

国民健康保険高額療養費支給申請書 (年 月診療分)

新 温 泉 町 長 様

年 月 日

世帯主 (申請者)	郵便番号	〒	世帯主(申請者)の個人番号		
	住所	(電話)			
	氏名		被保険者番号		

次のとおり、高額療養費の支給を申請します。

支払金額 合 計		円		市 町 県 民 税 の 課 税 状 況		課税・非課税 上位（申告済・未申告）	
				前期高齢者世帯区分		一般・低Ⅰ・低Ⅱ・ 現役Ⅰ・現役Ⅱ・現役Ⅲ	
多数該当の状況		() 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		該 当 非該当			
下記預金口座へ振り込んで下さい。				領収書 確認欄			
金 融 機関名		銀行 信用(金庫・組合) 農協・信漁連		支 店 出張所 支 所			
口 座 種 別	普通 当座	口 座 番 号	フリガナ		備考		
			名義				

申請内訳

療養を受けた被保険者氏名及び生年月日		昭・平・令 年 月 日		区分	一般 退職者本人 退職者扶養	負担割合	就学時（３） ～７０歳	７割
被保険者の個人番号							就学前 （３歳未満）	８割
第三者行為による疾病の有無		有 ・ 無		取得日 年 月 日			前期高齢者	９割 ８割 ７割
病院、診療所等の 名称及び所在地	名称			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	所在地							
一部負担金 （支払金額）	円	公費医療の 自己負担額	適用医療名		円			
			支払金額					
福祉医療助成制度対象の有無		高齢期 ・ 障 害 ・ 乳幼児 ・ 母 子 ・ 寡 婦						
世帯合算の有無		有 ・ 無 ※有の場合は裏面も記入してください。						

療養を受けた 被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		区分	一 般 退職者本人 退職者扶養	負担割合	就学時（３） ～ ７０歳	７割
被保険者の個人番号						就学前 （３歳未満）	８割
第三者行為による疾病の有無	有 ・ 無		取得日 年 月 日	前期高齢者		９割 ８割 ７割	
病院、診療所等 の 名称及び所在地	名称 所在地				療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
一部負担金 （支払金額）	円	公費医療の 自己負担額	適用医療名	支払金額		円	
福祉医療助成制度対象の有無			高齢期 ・ 障 害 ・ 乳幼児 ・ 母 子 ・ 寡 婦				
療養を受けた 被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		区分	一 般 退職者本人 退職者扶養	負担割合	就学時（３） ～ ７０歳	７割
被保険者の個人番号						就学前 （３歳未満）	８割
第三者行為による疾病の有無	有 ・ 無		取得日 年 月 日	前期高齢者		９割 ８割 ７割	
病院、診療所等 の 名称及び所在地	名称 所在地				療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
一部負担金 （支払金額）	円	公費医療の 自己負担額	適用医療名	支払金額		円	
福祉医療助成制度対象の有無			高齢期 ・ 障 害 ・ 乳幼児 ・ 母 子 ・ 寡 婦				

《記入上の注意》

- 1、「申請内訳」欄は、被保険者1人ごと、暦月ごと、病院ごとに記入してください。
- 2、同一病院の医科と歯科及び旧総合病院の診療科ごと又は入院した期間と通院した期間ごとに別々に記入してください。
- 3、「療養期間」欄は、療養を受けた期間のうち同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 4、「一部負担金（支払金額）」欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分について記入し、差額ベッド料等保険診療とならないものは除いてください。ただし、その額が明確でないときは支払った金額を記入し、「備考」欄にその旨記入してください。
- 5、「公費医療の自己負担額」欄は、公費医療の適用を受けた場合で、病院等に自己負担金を支払った場合のみ記入してください。
- 6、「支払金額合計」欄は、「一部負担金（支払金額）」欄を合計した額を記入してください。
- 7、「多数該当の状況」欄は、今回の申請を含む以前12か月分の高額療養費支給状況について該当月に○を付してください。当該申請月には△を付してください。
- 8、領収書を添付してください。