

国民健康保険高額療養費支給申請書 (令和 年 月診療分)

① 被保険者証の記号番号		島86ー		② 世帯主氏名					
③ 療養を受けた者の氏名		1		2		3			
④ 生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
⑤ 被保険者資格区分		一般・退本・退扶		一般・退本・退扶		一般・退本・退扶			
⑥ 傷 病 名									
⑦ 病院、診療所、薬局等の名称及び所在地		名 称		所在地					
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 月 日まで (日間)		年 月 日から 月 日まで (日間)		年 月 日から 月 日まで (日間)			
⑨ ⑧の期間中に病院等に支払った金額		円		円		円			
※ ⑩ レセプトの一部負担金の金額		円		円		円			
⑪ 他の制度により一部負担金の全額又は一部について支給が受けられるかどうか		1 受けられる (制度名) 2 受けられない		1 受けられる (制度名) 2 受けられない		1 受けられる (制度名) 2 受けられない			
⑫ ⑪で受けられる場合費用徴収の有無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無			
⑬ 今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費を受けた場合、その直近の診療年月及び氏名		診療月 氏 名		1 回 年 月 診療		2 回 年 月 診療			
支給方法		口座振込		金融機関名					
				店 名					
				預金種類					
				口座名義人					
				口座番号					
		現 金 払							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電 話 () 葛 尾 村 長 様									
支給決定額									
支給決定通知日		令和 年 月 日							
※ 処理	高 額 区 分				税 区 分	特例調整	支給台帳処理		
	1 世 帯 合 算		2 多数該当	3 長期疾病	4 その他	低 所 得 一 般 上位所得	有・無	年 月 日	担 当 者
	① 多数該当	② その他						年 月 日	
	前期高齢者所得区分		低所得Ⅰ 一 般		低所得Ⅱ 一定以上		多数該当	有 無	

※欄は、申請者は記入の必要ありません。