

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 診療分

被保険者記号番号		該当世帯区分		一般											
療養を受けた被保険者の氏名及び退職者等の区分	個人番号														
	氏名														
	区分	一般	一般	一般											
療養を受けた病院等の名称及び所在	名称	診療報酬明細書等のとおり	診療報酬明細書等のとおり	診療報酬明細書等のとおり											
	所在地	診療報酬明細書等のとおり	診療報酬明細書等のとおり	診療報酬明細書等のとおり											
傷病名		診療報酬明細書等のとおり	診療報酬明細書等のとおり	診療報酬明細書等のとおり											
療養期間		入院	月 日～月 日 日間	月 日～月 日 日間	月 日～月 日 日間										
		外来	月 日 日間	月 日 日間	月 日 日間										
他の制度による自己負担額相当額又はその一部の支給が受けられるかどうか等の状況		受けられる (制度名) (費用徴収一有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収一有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収一有(現物・償還)・無) 受けられない											
算定区分		今回申請の高額療養費に係る療養があつた月以前の1年間に受けた療養について高額療養費の支給を既に3回以上受けた場合にはその療養があつた年月			診療年月										
低所得者一般上位所得者	単独				前回年月										
	多数該当				前々回年月										
	世帯合算				前3回年月										
公費併用															
振込先	銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店	普当貯	名義人カナ											
				口座番号											
<p>上記のとおり申請します。なお、申請にあたり、次に掲げる事項について誓約または同意します。</p> <p>1 医療機関等へ支払うべき一部負担金等については、全額支払済であること。</p> <p>2 一部負担金等の支払が完全でないことが明らかになった場合、申請が無効となることを理解し、高額療養費支給額をただちに返納すること。</p> <p>3 既に給付された公費負担額(障害者医療費助成等)のうち、高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者に委任すること。</p>															
<p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>世帯主</p> <p>氏 名</p> <p>輪 島 市 長 様 (電話番号 )</p>															

今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。ただし、世帯構成等に変更があった場合はその限りではありません。

職員使用欄	通帳確認済・領収書確認済・支払確認済・福祉課確認済(医療費助成)		
通帳確認者印		※コピ一添付の場合は確認者印省略	