

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

申請者 住 所
 (世帯主) 氏 名
 電 話 ()
 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 診療分を下記のとおり申請します

① 被保険者証の記号・番号															
② 療養を受けた被保険者の氏名															
③ 療養を受けた被保険者の個人番号															
④ 療養を受けた被保険者の生年月日															
⑤ 療養を受けた被保険者の区分															
⑥ 世帯主(組合員)との続柄															
⑦ 傷 病 名															
⑧ 療養を受けた病院 診療所等の名称・所在地	名 称														
	所在地														
⑨ 診療科目、入院・通院等の区分		及び調剤・				及び調剤・				及び調剤・					
⑩ ⑧の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 同月 日まで 日間				年 月 日から 同月 日まで 日間				年 月 日から 同月 日まで 日間					
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し 病院等で支払った額		円 ()				円 ()				円 ()					
⑫ 福祉医療制度該当															
⑬ 他の制度により自己負担相当額 またはその一部の支給を受けら れるかどうか															
⑭ 今回申請の診療月以前1年間に 高額療養費を支給されている 月数が3月以上(※)あるときは その直近3月の診療月		1	診療分	⑮ 世帯(所得) 区 分	70歳 以上		世 帯 全 体	2	診療分	75歳 未満	3	診療分			
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名														
	預金種目及び口座番号	銀 行 コ ー ド													
	フリガナ 口座名義人(世帯主)	口座番号													

※70歳以上の方の外来のみは回数に含めません。