国民健康保険高額療養費支給申請書

（令和　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | いいだ　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 診療を受けた被保険者の氏名  及び生年月日（世帯主との続柄） | | | | | | | | | | 資格  区分 | | 診療を受けた医療機  関等の名称・所在地 | | | | | | | 診療を受  けた期間 | | | | | 傷病名（第三者行為有無） | | | | | | | |
| 窓口支払金額 | | | | | 備考 | | |
| １ |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | （有・無） | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | 円 | | | | |  | | |
| ２ |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | （有・無） | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | 円 | | | | |  | | |
| ３ |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | （有・無） | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | 円 | | | | |  | | |
| ４ |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | （有・無） | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | 円 | | | | |  | | |
| ５ |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | （有・無） | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | 円 | | | | |  | | |
| ６ |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | （有・無） | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | 円 | | | | |  | | |
| 世帯自己負担  限度額区分 | | |  | | | | | | 70歳以上自己負担  限 度 額 区 分 | | | | | |  | | | | | | | | 診療年月以前1年間  高額該当3ヶ月以上  の直近診療年月 | | | | | 診療分  診療分  診療分 | | | | |
| 上記のとおり申請します。  世帯主　　 住　　所  令和　　年　　月　　日  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  個人番号  電話番号　（　　　　）　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高額療養費支給申請額 | | | | | | | 円 | | | | | | | | 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓を付けた場合、下記の振込先指定口座の確認は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | | コード | | |  | | | | | | | | | | | | | コード | | | |  | | | | | | | | | | |
| 金融機  関名称 | | | 支　店  名　称 | | | |
| 口座種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | 口座番号 | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 口座名義人名  （カタカナ） | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |
| ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。  令和　　年　　月　　日  本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。  世　帯　主　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  代　理　人　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （世帯主との関係）　　　（電話）　　　　　　　　　／（受付者）　（受付日）　　（支払確認）１．領収書　２．電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |