

国民健康保険高額療養費支給申請書・請求書

(年 月診療分)

整理No.

① 被保険者証記号番号		井み ー		② 高額療養費の種別		③	
④ 療養を受けた被保険者の氏名及び生年月日		⑤ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び住所		入院院外分		⑥ 病院・診療所等で支払った一部負担金(公費負担医療の場合は患者負担額)	
年 月 日生						(円)	
年 月 日生						(円)	
年 月 日生						(円)	
(A) 一部負担金合計額		円 (B) 自己負担限度額		円		支給申請額 (A)-(B) 円	
⑦ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合は、その年月及び氏名		診療月		1 年 月診療分		2 年 月診療分	
		被保険者氏名				3 年 月診療分	
上記のとおり申請・請求します。 下記の金融機関の預金口座に振込みを依頼します。 年 月 日 住所 世帯主 氏名 町 長 様 電話番号 ()							
振込先金融機関名		預金種目及び口座番号			預金口座名義人		
		1 普通	2 当座		フリガナ		
支店		No.			名義人		

記入上の注意事項

- 1 上の欄のうち、電算機でプリントしてない空欄部分で必要箇所は申請者が記入してください。
 - 2 ⑥欄の支払った額は保険診療分についてのみ記入し、保険診療としない特別室料、歯科の差額収額等は除いてください。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、()内にその旨を記入してください。
- ※ 振込先は、世帯主の口座(郵便局を除く)に限ります。病院等の領収書を必ず持参してください。



上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記調書のとおりである。

調書	療養に要した費用額(円)	公費薬剤一部負担額(円)	保険者負担額(円)	① 薬剤一部負担額(円)	③ 自己負担限度額(円)	差引支給額 (A+B)-C (円)
		公費負担額(円)		② 一部負担額(円)		
1						
2						
3						
計						
確認	税 確 認	上位所得・課税・非課税		領収書確認者		

第三者行為による負傷の有無
(どちらかに○) 有・無