

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

年 月 日

川西町長 殿

世帯主

住 所

氏 名

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支払方法	現金・口座振込	受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
銀行名			支店名				種別					
名 義			口座番号									
被保険者証の記号・番号		療養を受けた被保険者の氏名・生年月日・個人番号	一般被保険者・退職被保険者									
			年 月 日									
疾 病 名												
① 療養を受けた病院、診療所薬局等の名称及び所在地	名称											
	所在地											
② ①の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間							
③ ②の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額								円				
④ 今回申請の診療月以前12ヵ月に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その直近の診療月	診療月	1	年	月	診療分	備考						
		2	年	月	診療分							
		3	年	月	診療分							

《所得区分》

70歳未満	ア	イ	ウ	エ	オ
70歳以上	一般	低所得Ⅱ	低所得Ⅰ	一定以上	

第三者行為
有 ・ 無

(裏面)

(注)

- この申請書は、次によって作成してください。
 - 診療月ごとに作成してください。
 - 世帯合算により高額療養費の支給を受ける場合は、下記内訳書を記入してください。
- ③欄は、病院等で支払った額のうち、いわゆる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、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。
ただし、その額が明確でないときは、医療機関で支払った金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- ④欄は、今回申請の診療月以前の12ヵ月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分について記入してください。
- 病院等に支払った額の領収書があれば、この申請書に添付してください。

(内訳書)

被保険者の 記号・番号				
療養を受けた被保険者の氏名、生年月日、一般被保険者・退職被保険者の別、個人番号	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一般・退職	一般・退職	一般・退職	一般・退職
	個人番号			
疾 病 名				
① 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名 称			
	所在地			
② ①の病院等で療養を受けた期間	年 月 日 年 月 日 日間	年 月 日 年 月 日 日間	年 月 日 年 月 日 日間	
③ ②の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円	
④ 他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか	○受けられる (制度名) (費用徴収の有無) ○受けられない	○受けられる (制度名) (費用徴収の有無) ○受けられない	○受けられる (制度名) (費用徴収の有無) ○受けられない	
⑤ 今回申請の診療月以前12ヵ月に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月	診療月			備 考
	1	年	月診療分	
	2	年	月診療分	
	3	年	月診療分	