

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

令和 年 月 日

尾花沢市長 殿

住所

世帯主 氏 名

(本人が自書した場合は、押印は不要です。)

㊦

電 話

一般被保険者 退職被保険者		口座振込 金融機関	支店	
		口座番号	普通 当座	口座 裁人 (カタカナ)
① 被保険者証 の記号番号	尾	② 療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月 日・個人番号	昭・平・令 年 月 日	③ 世帯主 との 続 柄
① 被保険者証 の記号番号	尾	② 療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月 日・個人番号	昭・平・令 年 月 日	③ 世帯主 との 続 柄
① 被保険者証 の記号番号	尾	② 療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月 日・個人番号	昭・平・令 年 月 日	③ 世帯主 との 続 柄

(注) 1. この申請書は、次によって作成してください。

- (1) 診療月ごとに作成してください。
- (2) 世帯合算により高額療養費の支給を受ける場合は、裏面内訳書を記入してください。
2. ⑧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、保険診療とならない特別室料、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、医療機関等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。
3. ⑨欄は、今回申請の診療月以前の12ヶ月以内に、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。
4. 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。

(裏面)

(内 訳 書)

【これについては、規則上明記しなくてもよい。】

④ 第 三 者 行 為	該 当 ・ 非 該 当	該 当 ・ 非 該 当	該 当 ・ 非 該 当
⑤ 疾 病 名			
⑥ 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		
⑦ ⑥の病院等で療養を受けた期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間
⑧ ⑦の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
⑨ 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	<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) <input type="radio"/> 受けられない	<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) <input type="radio"/> 受けられない	<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) <input type="radio"/> 受けられない
⑩ 今回申請の診療月以前 12ヶ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. 平・令 年 月 診療分 2. 平・令 年 月 診療分 3. 平・令 年 月 診療分	備 考	

※ 世帯主以外の方の口座に振込をされる場合は、次の受取委任の欄に記入してください。

本請求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。

令和 年 月 日

世 帯 主 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所 _____
(口座名義人)

氏 名 _____

電 話 _____

世帯主との続柄 _____