

(表面)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

年 月 日

東根市長 あて

世帯主 住所

氏名

印

一般被保険者・退職被保険者等

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					
		年 月 日				
傷 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 か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	第三者行為 該当の有無	有・無
	1	年	月診療分			
	2	年	月診療分			
	3	年	月診療分			

振込先の金融機関	金融機関	銀行・農協()
	支店・支所	支店・支所()
口座番号		口座名義人

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、裏面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、保険診療と異なる特別室料、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。
- ④欄は、今回申請の診療月以前の 12 か月以内に、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。

(裏面)

(内訳書)

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、一般被保険者・ 退職被保険者等の別	氏名			
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一般・ 退職の別	一般・退職	一般・退職	一般・退職
傷 病 名				
第三者行為該当の有無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
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	年 月 日から 年 月 日まで 日間	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	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 か月に 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 2 年 月 診療分 3 年 月 診療分	備 考		