

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

申請者（世帯主）

・ 個人番号 _____
 ・ 住所 _____

弥彦村長 小林 豊彦 様

平成 年 月 日

・ 氏名 _____ (印)
 ・ 電話 _____

平成 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 傷病名	レセプト記載の通り			
(8) 発症又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)			
(9) 病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・入院外の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間		日間		
(13) 病院等で支払った金額		円		
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(15) 課税区分(世帯全体)	(16) 課税区分(70歳以上)

70歳以上高額療養費			
高齢者外来		高齢者世帯合算	
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円
外来現物給付	円	入院現物給付	円
高齢外来支給額	円	高齢世帯支給額	円

国保世帯全体	
70歳未満一部負担金相当額	円
高齢世帯計計算後負担額	円
世帯自己負担限度額	円
世帯高額療養費	円
現物給付(70歳未満)	円
世帯支給額	円
国保世帯支給額	円

※限度額は制度上の限度額を表示しています。

特例該当有無

既支給決定額	円	世帯差引支給額	円	世帯最終支給額	円
--------	---	---------	---	---------	---

振込の預金口座へ	振込先金融機関名	本店支店名	委任状	受任者住所	
	口座種目	口座番号		受任者氏名	
	フリガナ			委任者氏名(申請者)	支給金額の受領を上記の者に委任します。 平成 年 月 日
	口座名義人				

第三者行為(交通事故等)の有無 有 ・ 無 (どちらかに○を記入)