

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

申請者 (世帯主) 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

個人番号 _____

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

① 被保険者証の記号・番号	西		
② 療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名			
③ 療養を受けた被保険者の個人番号			
④ 療養を受けた被保険者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑤ 療養を受けた被保険者の区分			
⑥ 世帯主（組合員）との続柄			
⑦ 傷 病 名			
⑧ 療養を受けた病院・診療所等の名称・所在地	名 称		
	所在地		
⑨ 診療科目、入院・通院等の区別			
⑩ ⑧ の 病 院 等 で 療 養 を 受 け た 期 間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
⑫ 福祉医療制度該当	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
⑬ 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる ・ 受けられない	受けられる ・ 受けられない	受けられる ・ 受けられない
⑭ 今回の申請の診療月以前1年間に高額療養費を支給されている月数が3回以上（※）あるときはその直近3月の診療月	1 年 月 診療分	⑮ 70歳以上75歳未満 世帯（所得） 区 分	世帯全体
	2 年 月 診療分		
	3 年 月 診療分		
振込先口座	金融機関名	銀行 農協 本店 支店 信金 信組 本所 支所	
	銀行コード	-	
	預金種目及び口座番号	普通・当座 口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人（世帯主）		

※70歳以上の方の外来のみは回数に含みません。