

(表)
国民健康保険高額療養費支給申請書

[年 月診療分]

受付
・

① 被保険者 記号番号	島2ー				② 世帯主氏名														
③ 療養を受けた者の 氏名	1				2				3										
④ 生 年 月 日	昭・平 年 月 日				昭・平 年 月 日				昭・平 年 月 日										
⑤ 個 人 番 号																			
⑥ 被 保 険 者 等 区 分																			
⑦ 傷 病 名																			
⑧ 病院・診療所薬局 等の名称・所在地	名称																		
	所在地																		
⑨ ⑦の病院等で療養を 受 け た 期 間	年 月 日から (日間)				年 月 日から (日間)				年 月 日から (日間)										
⑩ ⑧の期間中に病院等に 支 払 っ た 金 額	円				円				円										
⑪ ⑧の期間中に病院等に 支払った金額 他の制度により一部負担 金の全部又は一部につ いて支給が受けられ るかどうか	1 受けられる 制度名				1 受けられる 制度名				1 受けられる 制度名										
	2 (受けられない)				2 (受けられない)				2 (受けられない)										
⑫ ⑪で受けられる場合 費用徴収の有無	有 ・ 無				有 ・ 無				有 ・ 無										
⑬ 第三者行為の有無	□ あり ・ □ なし				□ あり ・ □ なし				□ あり ・ □ なし										
⑭ 今回申請の診療月以前1 年間に3回以上高額療養 費を受けた場合、その直 近の診療月及び氏名	診療 月	年 月診療				年 月診療				年 月診療									
	氏 名																		
振 込 金 融 機 関 名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合				普通 当 座	口 座 番 号													
	本店 支店					口座名義人 (カタカナ)													
上記のとおり一部負担金を支払いましたので、高額療養費の支給を申請します。																			
年 月 日																			
二本松市長 世帯主 住 所 二本松市																			
氏 名 印																			
個人番号 電話番号																			
※ 処 理	支給額計算に 前期高齢者の 診療を含まない 場合の区分	支給回数区分						税(所得)区分											
		1 世帯合算		2		3		4		5		6		7		8		9	
		① 多数 該当分	② その他	多 該 当 分	数 該 当 分	長 疾 病 期 分	そ の 他	ア (未申告含む)		イ		ウ		エ		オ			
	支給額計算に 前期高齢者の 診療を含む場 合の区分	世 帯 合 算	1 あ り		2 な し		回数区分		1 多 数		2 その他								
		所 得 区 分	1 オ		2 エ		3 ウ		4 イ		5 ア		6 前期高齢者以外が未申告						
			7 低Ⅰ		8 低Ⅱ		9 一般		10 現Ⅰ		11 現Ⅱ		12 現Ⅲ		13 前期高齢者が未申告				
	高 額 区 分	1 前期高齢者の外来のみ				2 前期高齢者のみの世帯単位				3 世帯全体									
	支 給 処 理	この診療月分の高額療養費支給				1 あ り		2 な し		受付番号									
処理経過																			

※印は、申請者は記入しないでください。

(裏)

(注)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑨欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 ⑩欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、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 ⑪欄は他の制度により、一部負担金の全部又は一部について支給が受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的制度名）を記入してください。
 - (1) 原子爆弾被弾者の医療費等に関する法律による支給
 - (2) 自立支援医療費
 - (3) 予防接種法による支給
 - (4) 養育医療
 - (5) 医療品副作用被害者救済基金法による支給
 - (6) 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給
 - (7) 特定疾患治療研究事業
 - (8) 小児慢性特定疾患治療研究事業
 - (9) 血液代金の支給
 - (10) 毒ガス障害者救済対策事業
 - (11) 児童福祉法による障害児施設医療費
 - (12) 進行性筋萎縮症者療養等給付事業
 - (13) その他
- 5 ⑭欄は、今回申請の診療月以前の12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回分についてそれぞれ記入してください。
- 6 ⑮欄で他の制度により一部負担金について支給が受けられる場合は、申請書に領収書を添付してください。