

国民健康保険高額療養費支給申請書

[令和6年 8月診療分]

受付

① 被保険者 記号番号	島2ー 0123456		② 世帯主氏名	二本松 太郎							
③ 療養を受けた者の 氏名	1 二本松 太郎		2 二本松 花子		3						
④ 生 年 月 日	昭・平 35 年 1月 1日		昭・平 38 年 2月 2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 月 日 日まで (日間)		年 月 日から 月 日 日まで (日間)		年 月 日から 月 日 日まで (日間)						
⑩ ⑧の期間中に病院等に 支 払 っ た 金 額	円		円		円						
⑪ ⑩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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 二本松 信用金庫 金色 本店		普 通 当 座	口座番号	※7桁の数字を記入						
	信用組合 農業協同組合			口座名義人 (カタカナ)	ニホンマツ ハナコ						
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。											
令和6年 12月 2日			振込みは、二本松花子の口座を希望します。印								
二本松市長			世帯主 住 所 二本松市 金色403番地1								
世帯主以外の口座へ振込む場合記入			氏 名 二本松 太郎 印								
			個人番号 電話番号 0243-55-5106								
※ 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	多数 該当分	長期 疾病分	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			
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。