# 国民健康保険高額療養費支給申請書

| 年　　月診療分 | 第三者行為（有・無） |
|---|---|

| 被保険者証の記号・番号 | | 生年月日 | S・H　・　・ | 年齢 | 歳 |
|---|---|---|---|---|---|

| 療養を受けた被保険者名 | 傷病名 | 療養を受けた病院等の名称 | 入院・通院、医科歯科その他の別 | 一般退職者の別 | 一部負担として支払った額 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 入・通（医・歯・調・他） | 一般・退本・退扶 | 円 |
| 個人番号 | | | | | |
| | | | 入・通（医・歯・調・他） | 一般・退本・退扶 | |
| 個人番号 | | | | | |
| | | | 入・通（医・歯・調・他） | 一般・退本・退扶 | |
| 個人番号 | | | | | |

| 市町村民税課税の有無 | 有（上位・一般） | 無 | 市町村条例により市町村民税免除の有無 | 有・無 | 高齢受給者負担区分 | 一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ |
|---|---|---|---|---|---|---|

高額療養費として前12ヵ月間に支給を受けた該当月に○印を

| | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 年 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
個　人
番　号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

空知中部広域連合長　　様

上記の申請金額の受領を　　に委任いたします。

年　　月　　日　　世帯主 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記決定調書のとおりである。

審　査　決　定　額　調　書

| 療養を受けた被保険者名 | 療養に要した費用額 Ⓐ | 保険者負担額 Ⓑ | 一部負担金の額 Ⓒ | 他法負担（優先）の額 Ⓓ | 自己負担限度額 Ⓔ | 差引支給額 Ⓒ−Ⓔ Ⓕ | 世帯合算等による算定額（計算式） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | |

| 受取り希望金融機関名 | | | フリガナ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 銀行・農協 | 本店・支店 | 普通 | 口座名義人 | | | | | | | |
| 金庫・信組 | 本所・支所 | 当座 貯蓄 | 口座番号 | | | | | | | |