

国民健康保険高額療養費支給申請書

池田町長 様

番号

申請者(世帯主)

- ・個人番号
- ・住所

- ・氏名
- ・電話

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 療養を受けた被保険者の氏名				
(4) 療養を受けた被保険者の生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 傷病名				
(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) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 診療科目、入院・外来の別				
(11) (9)の病院等で療養を受けた期間				
(12) (11)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額				
(13) 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			(14) 課税区分(世帯全体)	(15) 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	高齢世帯一部負担金
外来自己負担限度額	自己負担限度額
外来高額療養費	高齢者世帯高額療養費
外来現物給付	入院現物給付
他法調整額	他法調整額
高齢者外来支給額	高齢者世帯支給額

国保世帯全体	
70歳未満一部負担金相当額	
高齢者世帯計算後負担額	
世帯自己負担限度額	
世帯高額療養費	
現物給付(70歳未満)	
他法調整額	
貸付額	
世帯支給額	

※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	差引支給額
--------	-------

世帯最終支給額
---------

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳の写しの提出が不要になります。		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する・窓口払いを利用する		
	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 出張所
	口座種目	普通・当座	口座番号
	口座名義人(カナ)		

【署名欄】 高額療養費の支給を申請します。また、口座名義人が世帯主氏名と異なる場合、上記名義人の口座に振り込まれることを委任します。 ▼署名(世帯主)