

国民健康保険高額療養費支給申請書

『3』平成30年8月診療分～

平成・令和 年 月 診療分

① 被保険者証の記号番号	1 一般 2 退職 3 特定疾病	1 一般 2 退職 3 特定疾病
② 療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・世帯主との続柄	昭・平・令 年 月 日(続柄)	昭・平・令 年 月 日(続柄)
③ 個人番号	— —	— —
④ 診療を受けた病院・診療所・薬局等の名称		
⑤ ④の病院等で療養を 受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
⑥ ⑤の療養に対し病院で支払った額	円	円
⑦ 他の制度により自己負担額相当額ま たはその一部の支給を受けられたか	制度名 費用徴収の 有 ・ 無	制度名 費用徴収の 有 ・ 無
⑧ 発症または負傷の理由	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)	
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その直近の診療月	H 年 月	H 年 月
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主の住所 須崎市長 殿 氏名 ㊟ 個人番号 — — 電話 () —		
振込銀行名	銀行・金庫・農協	
支店名・口座番号	支店 普通 口座番号 支所 当座	口座名義人 フリガナ 氏 名 ㊟

※審査後の費用	1 円	2 円				
※審査後の個人負担額	円	円				
過去1年間に おける回数	市町村民税・自己負担限度額					
	所得区分	現役並Ⅲ	現役並Ⅱ	現役並Ⅰ	一般	非課税世帯
回	70～74歳の人 (個人単位 外来のみ)	1 252,600+(医療費 -842,000)×1% ()	1 167,400+(医療費 -558,000)×1% ()	1 180,100+(医療費 -267,000)×1% ()	1 18,000円 (年上限144,000円)	低Ⅰ 8,000円 低Ⅱ 8,000円
	70～74歳の人 (世帯単位 外来入院)	2 140,100円	2 93,000円	2 44,400円	1 57,600円 2 44,400円	低Ⅰ 15,000円 低Ⅱ 24,600円
※審査後の個人 負担額合計	所得区分	ア: 901万円超	イ: 901万円以下	ウ: 600万円以下	エ: 201万円以下	オ: 非課税世帯
	69歳以下	1 252,600+(医療費 -842,000)×1% () 2 140,100円	1 167,400+(医療費 -558,000)×1% () 2 93,000円	1 80,100+(医療費 -267,000)×1% () 2 44,400円	1 57,600円 2 44,400円	1 35,400円 2 24,600円
高額療養費支給決定額	69歳以下 円	70歳以上 円	合計 円			
備考						

記入上の注意 1 医療機関領収書または、それに代わるものを添付してください。 2 送金依頼する場合は振込銀行欄に記入してください。