

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	須崎 太郎 昭・平・令 □年 □月 □日 (続柄 本人)		須崎 花子 昭・平・令 □年 □月 □日 (続柄 妻)	
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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		制度名 費用徴収の 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 □年 □月 □日 世帯主の住所 高知県須崎市□□□町□□番□□号</p> <p>須崎市長 殿 氏名 須崎 太郎 ㊟</p> <p>個人番号 □□□□ - □□□□ - □□□□</p> <p>電話 ( □□□□ ) □□□□ - □□□□</p>				
振込銀行名	□□□□ 銀行・金庫・農協		口座名義人	フリガナ スサキ タロウ
支店名・口座番号	□□□□ 支店 支所	普通 当座	氏名	氏名 須崎 太郎 ㊟

※審査後の費用	1						円
※審査後の個人負担額	記入例 (赤字の部分を入力してください)						円
過去1年間に おける回数	所得区分	現役並Ⅲ	現役並Ⅱ	現役並Ⅰ	一般	非課税世帯	
	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	
※審査後の個人 負担額合計	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	
	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	
円	69歳以下	1 252,600+(医療費 -842,000)×1% ( )	1 167,400+(医療費 -558,000)×1% ( )	1 80,100+(医療費 -267,000)×1% ( )	1 57,600円	1 35,400円	
		2 140,100円	2 93,000円	2 44,400円	2 44,400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。