

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 〇〇年 〇〇月診療分

① 被保険者証の記号番号	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	1 一般 2 退職 3 特定疾病	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	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 〇年 〇月 〇日 (続柄 本人)		須崎 花子 昭・平・令 〇年 〇月 〇日 (続柄 妻)	
③ 個人番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
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 R 年 月、R 年 月、R 年 月

振込銀行名	〇〇〇〇 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	〇〇〇 支店 支所	普通 当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇	氏名 須崎 太郎

上記医療機関への一部負担金について、支払いが完了しているので、申請します。

以後、一部負担金の未払い等があった場合や、一部負担金額が変動した場合には、保険者からの返還請求に応じ、また保険者が当該医療機関に照会することに同意します。

令和 〇年 〇月 〇日 住所 高知県須崎市〇〇〇町〇〇番〇〇号

須崎市長 殿 氏名 須崎 太郎

電話 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

↑上の太枠内へ記入してください。

※審査後の費用	1						円
※審査後の個人負担額		記入例 (赤字の部分を記入してください)					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 80,100+(医療費- 267,000)×1%	1 18,000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							