

国民健康保険高額療養費支給申請書

①被保険者証の記号番号		②世帯主の氏名 及び生年月日		明大昭 年 月 日	
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 ()	預金 種別	普通 当座 ()	
口座番号					
口座名義人 (カタカナ)					
<p>姫島村長 殿</p> <p>私は、下記の事項に同意し、高額療養費の支給を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支払いは、金融機関への振り込みとする ・再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されること <p>世帯主住所 氏名</p> <p>第三者行為 (交通事故等) か否か はい ・ いいえ</p> <p>1. 支給計算額等</p>					
③療養を受けた者の氏名					
個人番号					
④上記の者の生年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
⑤世帯主との続柄					
⑥傷病名		(入・外・歯)	(入・外・歯)	(入・外・歯)	
⑦療養を受けた病院等の名称及び所在地		名 称	所 在 地		
⑧上記の病院等で療養を受けた期間		令和 年 月 日～ 同月 日まで 日間	令和 年 月 日～ 同月 日まで 日間	令和 年 月 日～ 同月 日まで 日間	
⑨病院等で支払った金額		円	円	円	
⑩他の制度により自己負担額またはその一部の支給が受けられるか		受けられる場合 (制度名) (費用徴収額 円)	受けられる場合 (制度名) (費用徴収額 円)	受けられる場合 (制度名) (費用徴収額 円)	
⑪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		1 令和 年 月 診療分	2 令和 年 月 診療分	3 令和 年 月 診療分	
⑫診療月		氏 名 等			
費用額 (A)	円	円	円	円	
保険者負担額 (B)	円	円	円	円	
公費負担額 (C)	円	円	円	円	
支給済高額療養費(現物分) (d)					
高額現物給付額 (D)	円	円	円	円	
自己負担額 (E)	円	円	円	円	
費用徴収額 (F)	円	円	円	円	
世帯支給対象分自己負担額 (G)	円	(M) 支給済高額療養費(償還分)		円	
世帯限度額 (H)	円	(I)+(L)-(M) 高額療養費支給額		円	
世帯支給額 (I)	円	うち一般分		円	
世帯支給対象分自己負担額 (J)	円	うち退職者等分		円	
世帯限度額 (K)	円				
世帯支給額 (L)	円				