

国民健康保険高額療養費支給申請書
〔 年 月診療分〕

① 被保険者証の記号・番号		島 10-		② 世帯主氏名					
③ 療養を受けた者の名氏		1		2		3			
④ 生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
⑤ 被 保 険 者 等 分 区		1 一般 2 退 本人 3 退 被扶養者		1 一般 2 退 本人 3 退 被扶養者		1 一般 2 退 本人 3 退 被扶養者			
⑥ 傷 病 名		別紙レセプトの通り		別紙レセプトの通り		別紙レセプトの通り			
⑦ 病院・診療所 名称									
⑦ 薬局等の名称・所在地		所在地							
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)			
⑨ ⑧の期間中に病院等に支払った金額									
⑩ 他の制度により一部負担金の金額又は一部について支給が受けられるかどうか		1 受けられる 制度名 [] 2 受けられない		1 受けられる 制度名 [] 2 受けられない		1 受けられる 制度名 [] 2 受けられない			
⑪ ⑩で受けられる場合費用徴収の有無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無			
⑫ 今回申請の診療月以前 1 年間に 3 回以上高額療養費を受けた場合、その直近の診療年月及び氏名		診療月	1 回 年 月 診療		2 回 年 月 診療		3 回 年 月 診療		
		氏名							
備考			金融機関名	銀行・農協 金庫・組合		支店名	支店		
			種別口座番号	普通 当座		口座名義人			
上記のとおり申請します。									
年 月 日 世帯主 住 所 相馬市 氏 名 (電話) 個人番号									
※1 処理	高 額 区 分				税区分	第三者行為	支 給 台 帳 処 理		
	1 世 帯 合 算		2 多 数 該 当 分	3 長 期 疾 病 等	4 その他	上位 () 一般 () 低所得 ()	有 ・ 無	年 月 日	担 当 者
	① 多 数 該 当 分	② その他							

※ 1 申請者は記入の必要がありません。申請の際は裏面を参照してください。

※ 2 記載欄内の年月日は和暦でご記入願います。

(裏)

(注)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑧欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 ⑨欄の病院等に支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料・歯科で認められている差額等については除いてください。ただし、その額が明確でないときは、医療機関等に支払った全額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 4 ⑩欄は他の制度により、一部負担金の全部又は一部について支給が受けられるかどうかについて該当するほうに○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。
 - ア 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律による支給
 - イ 育成医療
 - ウ 予防接種法による支給
 - エ 更正医療
 - オ 療育医療
 - カ 医療品副作用被害者救済基金法による支給
 - キ 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置に関する政令第 3 条又は第 4 条の医療費の支給
 - ク 特定疾患治療研究事業
 - ケ 小児慢性特定疾患治療研究事業
 - コ 血液代金の支給
 - サ 毒ガス障害者救済対策事業
 - シ 児童福祉法による入所措置等に係る医療の給付
 - ス 知的障害者福祉法による入院措置に係る医療の給付
 - セ 進行性筋萎縮症者療養等給付事業
 - ソ その他
- 5 ⑫欄は、今回申請の診療月以前の 12 月以内に、高額療養費の支給を 3 回以上受けたことがある場合に、直近の 3 回分についてそれぞれ記入してください。
- 6 領収書(写し)を申請書に添付してください。

申請書は表面のみ印刷して提出ください。