

支給方法 <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> 口座振込				支給決定額			(うち㊤返納金)		
口座 座 記 入 欄	銀行・信金 信組・農協			1			2		
	本店・支店 支所・出張所			費用額			3		
	口座番号			一部負担金等額 または費用徴収額					
口座 名義人	※カタカナで表記願います。			薬剤一部負担金					
				自己(世帯) 負担額					

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分 (国保世帯番号 )

① 被保険者証の 記号・番号																														
被保険者の個人番号																														
レセプト全国共通キー																														
② 療養を受けた者の 氏名	1	一 般	退 職	本 人	被 扶 養 者	高 齢 一 般	2	一 般	退 職	本 人	被 扶 養 者	高 齢 一 般	3	一 般	退 職	本 人	被 扶 養 者	高 齢 一 般												
③ 療養を受けた者の 生年月日	年 月 日					年 月 日					年 月 日																			
④ 傷病名																														
⑤ 第三者行為該当 (交通事故等)	有・無										有・無										有・無									
⑤ 療養を受けた病 院・診療所等の名 称及び所在地	名称																													
	所在地																													
⑥ ⑤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																			
⑦ ⑥の期間に受けた療 養に対し病院等で支 払った額	円 ( )					円 ( )					円 ( )																			
⑧ 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 るかどうか	受けられる (制度名 ) (費用徴収の有・無 )					受けられる (制度名 ) (費用徴収の有・無 )					受けられる (制度名 ) (費用徴収の有・無 )																			
⑨ 今回の申請の診療月以 前1年間に高額療養費 の支給を3回以上受け た場合は、その直近の 診療月	1					2					3																			
	診療月	年 月 日診療分					年 月 日診療分					年 月 日診療分																		

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所  
(組合員) 氏名  
申請者の個人番号

㊤

銚 田 市 長 様

T E L