

国民健康保険高額療養費支給申請書

平成・令和 年 月診療分

①	被保険者証の記号番号	1	1 一般被保険者 2 退職被保険者等 3 特定疾病	2	1 一般被保険者 2 退職被保険者等 3 特定疾病
②	療養を受けた者の個人番号				
③	療養を受けた者の氏名 世帯主からみた続柄	(続柄)			(続柄)
④	療養を受けた者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			昭和・平成・令和 年 月 日
⑤	傷病名				
⑥	療養を受けた病院・診療所・薬局等	名称			
		所在地			
⑦	⑥の病院等で療養を受けた期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
⑧	⑦の期間に受けた療養に対し 病院等で支払った額	円			円
⑨	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			制度名
		費用徴収の 有・無			費用徴収の 有・無
⑩	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 平成・令和 年 月診療分	2 平成・令和 年 月診療分	3 平成・令和 年 月診療分	

上記のとおり申請します。 住所 仁淀川町

令和 年 月 日 世帯主 氏名 印

電話番号 () -

仁淀川町長 殿 個人番号

振込先 金融機関名	支店(所)名	預金の 種類	口座番号	口座名義人氏名	口座名義人カナ
銀行 農協 金庫	支所 支店 店	普通 当座			

第三者行為の確認 有・無 上の太枠内は必ず記入してください。

審査後の費用額	1	円	2	円			
審査後の個人負担額	円		円				
審査後の個人負担分合計	過去1年 間における回数	市町村民税・自己負担限度額					
		1 課税			2 非課税		
		70歳未満の 個人 の単位	1 252,600円＋ (総医療費-842,000円)×1%	1 18,000円		低Ⅰ 8,000円	
			2 140,100(多数該当)	2 144,000円(年上限)		低Ⅱ 8,000円	
		74歳未満の 外来 世帯 単位の 入院	1 167,400円＋ (総医療費-558,000円)×1%	1 57,600円		低Ⅰ 15,000円	
			2 93,000(多数該当)	2 44,400円(多数該当)		低Ⅱ 24,600円	
70歳未満の 未 満の 人	1 252,600円＋ (総医療費-842,000円)×1%	1 167,400円＋ (総医療費-558,000円)×1%	1 80,100円＋ (総医療費-267,000円)×1%	1 57,600円	1 35,400円		
	2 140,100円 (多数該当)	2 93,000円 (多数該当)	2 44,400円 (多数該当)	2 44,400円 (多数該当)	2 24,600円 (多数該当)		
高額療養費 支給決定額	一般	円	退職者	円	合計	円	
備考							

注意事項 1 領収書またはそれに代わるものを添付してください。
2 この申請書は、入院・入院外別に記入してください。
3 ⑩欄の支給回数には、70～74歳の人の外来自己負担限度額の適用による高額療養費のみの支給は含めません。