

国民健康保険高額療養費支給申請書

				令和 年 月診療分			
① 被保険者番号			1 一般被保険者 2 特定疾病			1 一般被保険者 2 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 療養を受けた病院・診療所・薬局 の名称等							
⑥ ⑤の病院等で支払った額 (一部負担金の金額)	円		円		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		制度名				
	費用徴収 有 ・ 無		費用徴収 有 ・ 無				
⑧ 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	
⑨ 第三者行為等の該当の有無	有 ・ 無		有 ・ 無				
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公費負担医療制度によって一部負担金の負担状況が変動した場合には、保険者からの 返還請求に応じ、一部負担金の支払い状況について、当該医療機関に保険者が照会することに同意します。							
〒 ー							
令和 年 月 日 世帯主 住所 仁淀川町							
氏名							
仁淀川町長 殿							
連絡先 () ー							
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		
銀行 農協 金庫	支所 出張所 支店 本店	普通 当座			(フリガナ)		

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		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	外来の 単 位	1 252,600円＋ (総医療費-842,000円)×1% 2 140,100(多数該当)	1 18,000円		低 I 8,000円	
			世帯 単 位	1 167,400円＋ (総医療費-558,000円)×1% 2 93,000(多数該当)	2 144,000円(年上限)		低 II 8,000円	
		74歳以上の 人	世帯 単 位	1 80,100円＋ (総医療費-267,000円)×1% 2 44,400(多数該当)	1 57,600円		低 I 15,000円	
			未 満 70歳 の人	1 252,600円＋ (総医療費-842,000円)×1% 2 140,100円 (多数該当)	1 167,400円＋ (総医療費-558,000円)×1% 2 93,000円 (多数該当)	1 80,100円＋ (総医療費-267,000円)×1% 2 44,400円 (多数該当)	1 57,600円 2 44,400円 (多数該当)	1 35,400円 2 24,600円 (多数該当)
高額療養費 支給決定額	一般	円	特定疾病	円	合計 円			
備 考								

注意事項

- 1 この申請書は、入院・入院外別に記入してください。
2 ⑧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。