

国民健康保険高額療養費支給申請書

阿賀町長 神田 敏郎 様

平成 年 月 日

申請者(世帯主)

個人番号

住所

氏名

電話

平成 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

| | | | | | |
|--|-----|---|---|---|---|
| (1) 被保険者の記号・番号 | | | | | |
| (2) 個人番号 | | | | | |
| (3) 療養を受けた被保険者の氏名 | | | | | |
| (4) 療養を受けた被保険者の生年月日 | | 昭・平 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 |
| (5) 一般・退職の区分 | | 一般 ・ 退職 | 一般 ・ 退職 | 一般 ・ 退職 | 一般 ・ 退職 |
| (6) 世帯主との続柄 | | | | | |
| (7) 傷病名 | | 別紙明細書のとおり | 別紙明細書のとおり | 別紙明細書のとおり | 別紙明細書のとおり |
| (8) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| (9) 診療科目、入院・外来の別 | | | | | |
| (10) (8)の病院等で療養を受けた期間 | | 日間 | 日間 | 日間 | 日間 |
| (11) (10)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| (12) 第三者行為の有無 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| (13) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月 | | 1 平成 年 月 診療分 2 平成 年 月 診療分 3 平成 年 月 診療分 | (14)課税区分(世帯全体) | アイウエオ | (15)課税区分(70歳以上) 現役並 一般 低Ⅱ 低Ⅰ |

| | | | |
|------------------------------------|------------|-------------|--|
| 【70歳以上高額療養費】 | | 【国保世帯全体】 | |
| 高齢者外来 | 高齢者世帯合算 | | |
| 外来自己負担限度額 円 | 自己負担限度額 円 | 世帯自己負担限度額 円 | |
| 高齢者外来支給額 円 | 高齢者世帯支給額 円 | 世帯支給額 円 | |
| ※限度額は制度上の限度額を表示しています。 特例該当有無 有 ・ 無 | | | |

| | | |
|----------|---------|-----------|
| 既支給決定額 円 | 差引支給額 円 | 世帯最終支給額 円 |
|----------|---------|-----------|

| | | | | |
|----------------------------|------------------|-------|-----|---------------------------------|
| 振込先 右の預金口座へ 振込んでください | 振込先金融機関名 | 本店支店名 | 委任状 | 受任者住所 |
| | 口座種別 1. 普通 2. 当座 | 口座番号 | | 受任者氏名 |
| | フリガナ | | | 委任者氏名(申請者) |
| | 口座名義人 | | | 支給金額の受領を上記の者に委任します。 平成 年 月 日 |

■高額療養費の申請期間について

支給申請には時効があります。2年を過ぎると給付を受ける権利が消滅しますのでご注意ください。

～時効の起算日について～

診療した月の翌月1日から起算して2年(ただし一部負担金を診療月の翌月以降に支払ったときは、支払った日の翌日から2年)、または支給申請案内の通知を受け取った日の翌日から2年です。

これは記入例です

国民健康保険高額療養費支給申請書

阿賀町長 神田 敏郎 様

平成 年 月 日

記入箇所①

世帯主の個人番号を記入し、押印してください。
電話番号を記入してください。

申請者(世帯主)

個人番号

住所

氏名

印

電話

平成 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|------------------------|
| (1) 被保険者の氏名 | | | | | |
| (2) 個人番号 | <input type="text"/> | | | | |
| (3) 療養を受けた氏名 | ここに記載してある月に受診した下記の医療機関等の領収書を一緒にお持ちください。 | | | | |
| (4) 療養を受けた生年月日 | | | | | |
| (5) 一般・退職の区分 | 一般 | 退職 | 一般 | 退職 | |
| (6) 世帯主との続柄 | | | | | |
| (7) 傷病名 | 別紙明細書のとおり | | | | |
| (8) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| (9) 診療科目、入院・外来 | 記入箇所③ | | | | |
| (10) (8)の病院等で療養を受けた期間 | | 日間 | 日間 | 日間 | |
| (11) (10)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| (12) 第三者行為の有無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| (13) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月 | 1 平成 年 月 診療分 | | | (14)課税区分(世帯全体) | |
| | 2 平成 年 月 診療分 | | | | |
| | 3 平成 年 月 診療分 | | | | |
| | | | アイウエオ | (15)課税区分(70歳以上) | 現役並 一般 低II 低I |

記入箇所②

診療を受けた被保険者の個人番号を記入してください。(初回の申請の時のみ)
なお、*が印字されていたり、斜線が引いてある場合は、2回目以降の申請のため、記入は不要です。

記入箇所③

どちらかに☑をつけてください。

| | |
|----------------------|----------------------|
| 【70歳以上高額療養費】 | 【国保世帯全体】 |
| 高齢者外来 外来自己負担限度額 円 | 高齢者世帯合算 自己負担限度額 円 |
| | 世帯自己負担限度額 円 |

記入箇所④

振込先の口座情報を記入してください。
すでに口座情報が印字されている場合は、口座種別に○(マル)をつけ、内容をご確認ください。

記入箇所⑤

【世帯主以外の口座への振込みを希望する場合のみ】
委任状を記入してください。上欄は口座名義人の住所・氏名、下欄は世帯主氏名になります。また、印鑑は別々のものを押してください。

| | | | | |
|----------|----------|-------|-----|------------|
| 振込んでください | 振込先金融機関名 | 本店支店名 | 委任状 | 受任者住所 |
| | 口座種別 | 口座番号 | | 受任者氏名 |
| | フリガナ | | | 委任者氏名(申請者) |
| | 口座名義人 | | | 平成 年 月 日 |