

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月 診療分)

平成 年 月 日

庄内町長 殿

山形県東田川郡庄内町

住所 \_\_\_\_\_

世帯主 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第三者行為の有無		有 ・ 無	一般被保険者・退職被保険者																				
被保険者証の 記号・番号	庄	療養を受けた 被保険者の氏名	1 _____																				
		生 年 月 日	昭・平	年	月 日																		
		個 人 番 号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
疾 病 名																							
1	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																					
2	1の病院等で療養を 受 け た 期 間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間													
3	2の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額									円													
4	他の制度により自己負担相当額又は その一部の支給を受けられるかどうか	<input type="radio"/> 受けられる (制度名 _____ ) (費用徴収の有 ・ 無 ) <input type="radio"/> 受けられない																					
5	今回申請の診療月以前 12箇月に高額療養費の 支給を3回以上受けた場 合、その直近の診療月	診療月				備 考																	
		(1) 平成	年	月	診療分																		
		(2) 平成	年	月	診療分																		
		(3) 平成	年	月	診療分																		

(注)1 この申請書は、次によって作成してください。

- (1) 診療月ごとに作成してください。
- (2) 世帯合算により高額療養費の支給を受ける場合は、表面に記入の被保険者以外の者については裏面に記入してください。
- 2 3欄は、病院等で支払った額のうち、いわゆる保険診療分についてのみ記入し、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徴収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、医療機関等で支払った金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 3 5欄は、今回申請の診療月以前の12箇月以内に、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回分について記入してください。

振込口座情報等は、裏面に記入ください。

療養を受けた被保険者の氏名、生年月日、一般被保険者・退職被保険者等の別	氏名	2	3
	生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
	個人番号		
	一般・退職の別	一般・退職	一般・退職
疾 病 名			
1	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	
2	1の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
3	2の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円
4	他の制度により自己負担相当額又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) ○ 受けられない	○ 受けられる (制度名 ) (費用徴収の有・無) ○ 受けられない

直近（平成 年 月支給分）の支給決定と同じ口座へ振込みください。

以下の口座へ振込みください。

金融機関名		銀行 農協 信金 信組	相手方番号	
		支店名		
口座種別	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号		口座名義 (カタカナ)

### 委任状

受任者住所

(〒 - )

受任者氏名

国民健康保険高額療養費支給申請を、以上の者に委任します。

平成 年 月 日

庄内町長 殿

委任者氏名(世帯主) \_\_\_\_\_ (印)