

国民健康保険高額療養費支給申請書

佐久市長

番号

年 月 日

申請者（世帯主）

- ・個人番号
- ・住所

・氏名

印

・電話

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) 被保険者の個人番号				
(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				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主（組合員）との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 発症又は傷病の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 4：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 5：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 6：その他（自損事故・疾病等）
(9) 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			
(10) 診療科目、入院・外来の別				
(11) (9)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
(12) (11)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
(13) 今回申請の療養年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上うけたときはその直近の診療年月	年 月 診療分 年 月 診療分 年 月 診療分		(14)課税区分 (世帯全体)	(15)課税区分 (70歳以上)

70歳以上高額療養費			国保世帯全体	多数該当
高齢者外来	高齢者世帯合算		70歳未満一部負担金相当額	円
外来一部負担金	円 高齢者世帯一部負担金	円	高齢者世帯計算後負担金	円
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
外来高額療養費	円 高齢者世帯高額療養費	円	世帯高額療養費	円
外来現物給付	円 入院現物給付	円	現物給付（70歳未満）	円
他法調整額	円 他方調整額	円	長期調整額	円
高齢者外来支給額	円 高齢者世帯支給額	円	他方調整額	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			貸付額	円
			世帯支給額	円

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

振込先金融機関		銀行・農協・金庫・信用金庫		支店・支所
振込先口座情報	種別	口座番号	フリガナ	
	1 普通 2 当座		口座名義人	

(委任状) なお、支給される高額療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。
世帯主（組合員）氏名 印

※注)申請の際は領収書を提示して下さい。