

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

・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
				貸付額	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

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。