

国民健康保険高額療養費支給申請書

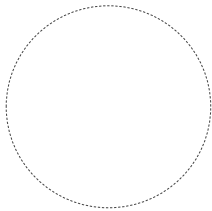
令和 年 月 診療分

①	被保険者証記号番号					
②	療養を受けた被保険者の氏名、生年月日(世帯主との続柄)、被保険者証区分(一般・退職・高齢受給者証)	個人番号				
	氏名					
	生年月日(続柄)	昭・平 年 月 日 ()	昭・平 年 月 日 ()	昭・平 年 月 日 ()		
	保険証区分	一般・退職・高齢	一般・退職・高齢	一般・退職・高齢		
③	発病又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)		
④	療養を受けた病院等の名称・所在地	名称				
		所在地				
⑤	④の病院で療養を受けた期間	日から 日まで 日間	日から 日まで 日間	日から 日まで 日間		
⑥	⑤の期間に病院等に支払った額	円	円	円		
⑦	本申請の診療月以前1年間に3回以上支給を受けた場合、直近の診療月	診療月： 令和 年 月 ・ 令和 年 月 ・ 令和 年 月				
⑧	受領方法及び金融機関名等	受領方法	口座振込 ・ その他	金融機関名	銀行 農協	本・支店 支所 出張所
		口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	フリガナ 名義人	

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。
所得確認のために、課税台帳の閲覧を行うことに同意します。

令和 年 月 日

矢巾町長 様



申請者 住 所 矢巾町
氏 名 印
電話番号 (- -)
(世帯主)

<受領委任>

申請した高額療養費のうち、医療費助成事業の対象者が世帯内にいた場合、当該事業に該当する高額療養費が発生した際は、その受領に関する権限を、矢巾町長 高橋 昌造 に委任します。

氏 名 印

この下の枠内には、記入しないで下さい。

高額療養費の計算	円-	円-	円=	円
	(総医療費)	(保険者負担額)	(負担限度額等)	(高額療養費)
支給額 円				
自己負担限度額	70歳未満	70歳以上		
	ア 252,600円+(円-842,000円)×1%= 円 (費用額) □多数該当: 140,100円 イ 167,400円+(円-558,000円)×1%= 円 (費用額) □多数該当: 93,000円 ウ 80,100円+(円-267,000円)×1%= 円 (費用額) □多数該当: 44,400円 エ 57,600円 □多数該当: 44,400円 オ 35,400円 □多数該当: 24,600円 ※ ア、イ、ウの()内はマイナスの場合は0円となる。	◎入院+外来(世帯単位) ア 252,600円+(円-842,000円)×1%= 円 □多数該当: 140,100円 イ 167,400円+(円-558,000円)×1%= 円 □多数該当: 93,000円 ウ 80,100円+(円-267,000円)×1%= 円 □多数該当: 44,400円 カ 57,600円(一般) エ 18,000円(一般) キ 44,400円(一般・上位4回目以降) ク 24,600円(低所得者Ⅱ) ケ 15,000円(低所得者Ⅰ) オ 8,000円(低Ⅰ・Ⅱ)		
◎外来(個人単位)				