国民健康保険高額療養費支給申請書

診療年月	

番号

(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) 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				
(8) 入院・外来の別					
(9) (7)の病院等で療養を受けた期間					
(10) (9)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額					
(11) 支払状況 ※領収書がない場合 □に✓を入れてください		□支払済 □未払	□支払済 □未払	□支払済 □未払	□支払済 □未払
(12) 発症または負傷の理由 ※交通事故等や労災の場合 □に✓を入れてください		□第三者行為 （交通事故等） □業務上の事故 □その他	□第三者行為 （交通事故等） □業務上の事故 □その他	□第三者行為 （交通事故等） □業務上の事故 □その他	□第三者行為 （交通事故等） □業務上の事故 □その他
(13)課税区分(世帯全体)			(14)課税区分(70歳以上)		
(15)世帯自己負担限度額			(16)70歳以上 自己負担限度額	入院	外来
(17) 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					

既支給額		世帯支給額		支給額	

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。
なお、再審査等により医療費に変更が生じた場合は支給額を調整することを承認します。

岡山県瀬戸内市長　武久　顕也　殿

個人番号 □□□□□□□□□□□□ 令和　　年　　月　　日

住　　所

世帯主名　　印

電話番号

※高額療養費の受領方を委任する場合は、下記「受領委任記入欄」に記入して下さい。

受領委任記入欄		
上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日		
	住　　所	.....
	世帯主名	印 .....
代理人	住　　所	.....
	氏　　名	印 .....

- **申請には必ず領収書を添付してください。**
- 申請書が複数枚あるときは、すべて提出してください。
- 振込先金融機関は、原則世帯主様の口座でお願いします。他の方の口座の場合、上記受領委任欄に記入してください。

振込先			
金融機関	名称		
	支店・支所		
口座種目		口座番号	
口座名義人			

※口座名義人はカタカナで記入してください。