

高額療養費支給申請書 (平成 年 月) 診療分) 受付

① 被保険者証の記号・番号	島73	② 世帯主氏名	
③ 療養を受けた者の氏名 (一月に2名以上の場合は隣の欄に記入)			
④ 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
⑤ 被 保 険 者 等 区 分	① 一般 ② 退職者本人 ③ 退職者被扶養者	① 一般 ② 退職者本人 ③ 退職者被扶養者	① 一般 ② 退職者本人 ③ 退職者被扶養者
⑥ 傷 病 名	別紙 国保診療報酬 明細書のとおり	別紙 国保診療報酬 明細書のとおり	別紙 国保診療報酬 明細書のとおり
⑦ 病 院 ・ 診 療 所 名 称 薬 局 等 の 名 称 所 在 地	名称		
	所在地		
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日から 月 日まで (日間)	平成 年 月 日から 月 日まで (日間)	平成 年 月 日から 月 日まで (日間)
⑨ ⑧の期間中に病院等に支払った金額	保険適用額 ()	保険適用額 ()	保険適用額 ()
⑩ 他の制度により一部負担金の金額又は一部について支給が受けられるかどうか	1 受けられる制度名 ()	1 受けられる制度名 ()	1 受けられる制度名 ()
	2 受けられない	2 受けられない	2 受けられない
⑪ ⑩で受けられる場合費用徴収の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
⑫ 今月申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費を受けた場合、その直近の診療年月及び氏名	診療月	1 回 平成 年 月診療	2 回 平成 年 月診療
	氏名		
備 考			

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日
住 所 小野町大字 字
世帯主 氏 名 印
小 野 町 長 様 (電話番号 -)

□ 座 振 込 金 融 機 関	□ 座 番 号	□ 座 名 義 人
銀行・農協 支店		フリガナ
信用金庫 所		名 義
* 処 理	高 額 療 養 費 区 分	支 給 台 帳 処 理 者
① 多数該当	1 世帯合算 ② その他	年 月 日 担 当 者
③ 長期疾病分	2 多数 3 長期 4 その他	
④ その他	税区分 上位課税 非課税	
	特例調整 有 ・ 無	

(欄外)

※世帯主以外の口座に振込をする場合は、下記の欄に記入して下さい。

当該、高額療養費の支給金額の受領を	(口座名義人)	に委任します。
平成 年 月 日	世帯主 住 所 小野町大字 字	氏 名 印

支給計算 (支給リスト)		高 額 区 分
実 支 給 計 算		