

記入例

国民健康保険高額療養費支給申請書

浜中町長 松本 博

令和 元 年 6 月 〇〇 日

申請者(世帯主) 令和 元 年 6 月 〇〇 日
 ・個人番号 記入不要
 ・住所 浜中町霧多布東4条1丁目35番地1

診療年月を記入してください。
 複数月を記入しての申請はできません。

受診者ごとに、医科入院、医科外来、
 歯科入院、歯科外来、薬局に分けて
 記入してください。

・氏名 浜中 太郎
 ・電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
 ・被保険者証記号 浜中
 ・被保険者証番号 999999



平成31年 4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	浜中 999999	浜中 999999	浜中 999999	浜中 999999
(2) 被保険者の個人番号	記入不要	記入不要	記入不要	記入不要
(3) 氏名	浜中 太郎	浜中 花子	浜中 一郎	浜中 一郎
(4) 生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
(5) 一般・退職の区分	一般	一般	一般	一般
(6) 世帯主(組合員)との続柄	本人	妻	子	子
(7) 傷病名	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り
(8) 発症又は負傷の理由	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) 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) 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) ③その他(自損事故・疾病等)
(9) 病院等の名称及び所在地	名称	〇〇病院	〇〇病院	〇〇クリニック
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇
(10) 医療費・療養費等の区分	国保	国保	国保	国保
(11) 入院・外来の区分	入院外	入院	入院外	入院外
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	平成31年 4月10日から 同月10日まで 1日間	平成31年 4月12日から 同月24日まで 13日間	平成31年 4月18日から 同月25日まで 2日間	平成31年 4月18日から 同月25日まで 2日間
(13) 病院等で支払った金額	21,000円	82,430円	17,000円	5,000円
(14) 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	年 月 診療分 年 月 診療分 年 月 診療分		(15)課税区分 (世帯全体)	(16)課税区分 (70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

70歳未満の方の場合、自己負担額が21,000円以上でなければ、合算の対象となりませんが、調剤を受けた場合は、処方せんを交付された医療機関での支払額と合わせて21,000円を超えた場合も合算の対象となります。
 70歳以上の方の場合は、自己負担額すべてが合算の対象となります。

支給決定額 円 - 調整額等(合計) 円 = 世帯差引支給額 円

支払方法				
支払場所	***	振込先	金融機関	〇〇信用金庫
				〇〇支店
支払期間		口座種目	普通	口座番号 9999999
		口座名義人(カナ)	ハマナカ ハナコ	

世帯主以外の世帯員の口座を希望される場合に記入してください。

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。)
 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 浜中 太郎

