

国民健康保険高額療養費支給申請書〔 年 月診療分〕

受付

・

・

① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		島 3 6 -			② 世帯主 氏 名				
③ 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		1		2		3			
④ 生 年 月 日		昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日			
⑤ 被 保 険 者 等 区 分		1 一 般 2 退 職 本 人 3 退職被扶養者		1 一 般 2 退 職 本 人 3 退職被扶養者		1 一 般 2 退 職 本 人 3 退職被扶養者			
⑥ 傷 病 名									
⑦ 病院・診療所 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		年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)		年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)		年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)			
⑨ ⑧ の 期 間 中 に 病 院 等 に 支 払 っ た 金 額		円		円		円			
⑩ 他 の 制 度 に よ り 一 部 負 担 金 の 全 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) 2 受 け ら れ な い		1 受 け ら れ る (制 度 名) 2 受 け ら れ な い		1 受 け ら れ る (制 度 名) 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 今回申請の診療月以前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 年 月 診療		2 回 年 月 診療		3 回 年 月 診療		
		氏 名							
備 考					口 座 振 込	金融機関			
						口座番号			
						名 義 人			
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 ⑮ 只見町長 様 (電話 — —)									
※ 処 理	高 額 区 分				税 区 分	特 例 調 整	支 給 台 帳 処 理		
	1 世 帯 合 算		2 多 数 該 当 分	3 長 期 疾 病 分	4 そ の 他	課 税 ・ 非 課 税	有 ・ 無	年 月 日	担 当 者
	① 多 数 該 当 分	② そ の 他						・ ・	

※印欄は、申請者は記入の必要はありません。申請にあたっては裏面を参照してください。

(注)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑧欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 ⑨欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料・歯科で認められている差額等については除いてください。ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った全額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 4 ⑩欄は他の制度により、一部負担金の全部または一部について支給が受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的制度名）を記入してください。
 - ア 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律による支給
 - イ 育成医療
 - ウ 予防接種法による支給
 - エ 更生医療
 - オ 養育医療
 - カ 医療品副作用被害救済基金法による支給
 - キ 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給
 - ク 特定疾患治療研究事業
 - ケ 小児慢性特定疾患治療研究事業
 - コ 血液代金の支給
 - サ 毒ガス障害者救済対策事業
 - シ 児童福祉法による入所措置等に係る医療の給付
 - ス 精神薄弱者福祉法による入所措置に係る医療の給付
 - セ 進行性筋萎縮症者療養等給付事業
 - ソ その他
- 5 ⑪欄は、今回申請の診療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。
- 6 領収書があれば、申請書に添付してください。
- 7 この申請による支払いは、診療を受けた月から約2ヶ月後になりますので、ご承知下さい。