

国民健康保険高額療養費支給申請書

申請者 (世帯主)

個人番号 _____
〒

郡上市長 様

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

電話番号 _____

(1) 被保険者記号・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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主 (組合員) との続柄				
(7) 傷病名				
(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) 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			
(10) 診療科目、入院・外来の別				
(11) (9)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	年 月 日から 年 月 日まで 日間
(12) (11)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円	円
(13) 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	1. 年 月 診療分 2. 年 月 診療分 3. 年 月 診療分		(14) 課税区分 (世帯全体)	(15) 課税区分 (70歳以上)

70歳以上高額療養費	
高齢者外来	高齢者世帯合算
外来一部負担金	円 高齢者世帯一部負担金 円
外来自己負担限度額	円 自己負担限度額 円
外来高額療養費	円 高齢者世帯高額療養費 円
外来現物給付	円 入院現物給付 円
他法調整額	円 他法調整額 円
高齢者外来支給額	円 高齢者世帯支給額 円

国保世帯全体	
70歳未満一部負担金相当額	円
高齢者世帯計算後負担額	円
世帯自己負担限度額	円
世帯高額療養費	円
現物給付 (70歳未満)	円
他法調整額	円
貸付額	円
世帯支給額	円

※限度額は制度上の限度額を表示しています。

特例該当有無

既支給決定額	円
--------	---

差引支給額	円
-------	---

世帯最終支給額	円
---------	---

支 払 方 法			
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 出張所
	口座種目 (フリガナ)	普通・当座	口座番号
	口座名義人		

委任状 高額療養費を上記名義人の口座に振り込まれることを委任します。

世帯主氏名 _____ ㊞