

# 国民健康保険 高額療養費 支給申請書

## (高額療養費支給手続き簡素化申請書)

羽 昨 市 長

|                |       |       |      |      |
|----------------|-------|-------|------|------|
| 被保険者記号・番号      | 世帯主氏名 | 診療年月  | 課税区分 | 所得区分 |
|                |       | 年 月   |      |      |
| 交通事故等の第三者行為の有無 |       | 有 ・ 無 |      |      |

| 療養を受けた被保険者氏名 | 生年月日<br>個人番号 | 医療機関名 | 外来<br>入院 | 日数 | 患者負担額 |
|--------------|--------------|-------|----------|----|-------|
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |
|              | 年 月 日        |       | 外来<br>入院 | 日  | 円     |

| 委任払額 | 支給済額 | 被保険者負担額 | 限度額 | 支給額 |
|------|------|---------|-----|-----|
| 円    | 円    | 円       | 円   | 円   |

年 月 日

上記のとおり申請いたします。

なお、上記の医療機関等への患者負担金(窓口支払額)について、支払をしたことに間違いありません。未払い等や高額療養費に公費負担医療制度で助成を受けた額が含まれている場合には、保険者からの返還請求に応じます。(公費負担分の受領を公費負担者へ委任します。)

住所

電話番号

申請者氏名  
(世帯主)

個人番号

届出者  
(窓口に来られた方)

- 前回と同じ口座を希望する  
 公金登録口座を希望する

| 振込先 | 金融機関             | 店名       | 種別       | 口座番号 | 口座名義(カナ) |
|-----|------------------|----------|----------|------|----------|
|     | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 本店<br>支店 | 普通<br>当座 |      |          |

今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。次回からの申請は不要となります。(ただし、世帯構成などに変更があった場合、国税税に未納がある場合はその限りではありません)