

国民健康保険高額療養費支給申請書

双葉町長 様

令和 年 月 日

下記のとおり申請します。

世帯主 住所 双葉町大字

氏名

㊞

(電話

)

[年 月診療分]

① 被保険者証の 記号・番号		島84		② 世帯主 個人番号			
③ 療養を受けた者の 氏名		1		2		3	
④ 個人番号							
⑤ 生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
⑥ 被 保 険 者 等 区 分		1 2 3 一般 退本人 退被扶養者		1 2 3 一般 退本人 退被扶養者		1 2 3 一般 退本人 退被扶養者	
⑦ 傷 病 名							
⑧ 病院・診療所 薬局等の名 称・所在地		名称					
		所在地					
⑨ ⑦の病院等で 療養を受けた 期 間		年 月 日から 月 日まで (日間)		年 月 日から 月 日まで (日間)		年 月 日から 月 日まで (日間)	
⑩ ⑧の期間中に病院 等に支払った金額		円		円		円	
⑪ 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		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	
⑫ ⑩で受けられる場 合費用徴収の有無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
⑬ 第三者行為の有無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
⑭ 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	
		氏 名					
振 込 先		金融機関名				支店名	
		種別				口座番号	
		口座名義人 (世帯主)					
<p>(世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は記入してください。)</p> <p>本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏名 ㊞</p> <p style="text-align: center;">代理人 住所 ㊞</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>							

(注)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 領収書原本を申請書に添付してください。
- 3 ⑨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。
- 4 ⑩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。
- 5 ⑪欄は他の制度により、一部負担金の全部又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
- 6 ⑭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。