

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

東吾妻町長 様

申請者（世帯主）

・個人番号

・住所

・氏名

印

年 月診療分を下記のとおり申請します。

・電話

(1) 被保険者の記号・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					
(5) 一般・退職の区分					
(6) 世帯主（組合員）との続柄					
(7) 傷病名					
(8) 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				
(9) 診療科目、入院・外来の別					
(10) (8) の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	
(11) (10) 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	
(12) 第三者行為の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
(13) 今回申請の療養年月以前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		(13) 課税区分 (世帯全体)	(14) 課税区分 (70歳以上)	

70歳以上高額療養費				国保世帯全体	
高齢者外来		高齢者世帯合算		70歳未満一部負担金相当額	円
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円	高齢者世帯計算後負担額	円
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円	世帯自己負担限度額	円
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円	世帯高額療養費	円
外来現物給付	円	入院現物給付	円	現物給付（70歳未満）	円
他法調整額	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	世帯支給額	円

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	窓口払	支払場所 東吾妻町役場 町民課国保年金係	支払期間 年 月 日～ 年 月 日 (時 分～ 時 分)			
	口座払	金融機関 金融機関コード () 支店コード ()	預金種別 普通・当座・貯蓄		口座番号	
		銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 本所 支所	名義人	カナ 漢字	