

国民健康保険高額療養費支給申請書（償還・貸付）

（平成 年 月 診療分）

申請書 内訳 ①	療養を受けた 被保険者氏名	昭和 平成 年 月 日生	男 女	区 分	1 一般 2 退職者本人 3 退職者の 被扶養者	被保険者証記号		
						被保険者証番号		
	病院、診療所等 の名称及び所在地	名称 所在地				傷病名	傷病・骨折 の原因	1 交通事故 2 その他
	療養内容	入院・外来・歯科・その他			療養期間	平成 年 月 日から 日 日 日まで 日間		
支払金額	円			公費又は 福祉医療	1 老人医療 2 乳幼児医療 3 障害者医療 4 母子医療 5 その他（ ）			
支払金額合計	円			領収書 確認欄		備考		
多数該当の状況	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12							
口座振替依頼欄	農協	支店	預金種別	1 普通	口座番号			
	銀行			2 当座	フリガナ			
	信用金庫			3 その他	口座名義人			
上記のとおり支払いましたので、高額療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 世帯主 住所 加古郡播磨町 氏名 (印) 電話 () 播磨町長 様								

（説明事項は裏面にあります）

注 意 未納の保険料がある方については、給付の全部又は一部を差し止めることがありますので、必ず保険料を完納のうえ、高額療養費の申請をしてください。

《 播磨町記入欄 》

区 分			決 定 事 項			
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 70以上外来 <input type="checkbox"/> 収入額(控除あり) <input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 合 算 <input type="checkbox"/> 多数該当 <input type="checkbox"/> 長期疾病	<input type="checkbox"/> 上位・一定以上 <input type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 非 課 税 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ・低Ⅰ <input type="checkbox"/> 不 明	支 給		不 支 給	
			決定額	円		(理由)
			支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 窓口払		
支払金額 (本人負担額)	レセプト 計算額	支給決定額	レセプト点数			

申請書内訳②	療養を受けた被保険者氏名	昭和 平成	年	月	日生	男女	区	分	1 一般 2 退職者本人 3 退職者の被扶養者	被保険者証記号	
	病院、診療所等の名称及び所在地	名称						傷病名			
	療養内容	入院・外来・歯科・その他				療養期間	平成 年 月 日から 日まで 日間				
	支払金額	円				公費又は 福祉医療	1 老人医療 2 乳幼児医療 3 障害者医療 4 母子医療 5 その他 ()				

申請書内訳③	療養を受けた被保険者氏名	昭和 平成	年	月	日生	男女	区	分	1 一般 2 退職者本人 3 退職者の被扶養者	被保険者証記号	
	病院、診療所等の名称及び所在地	名称						傷病名			
	療養内容	入院・外来・歯科・その他				療養期間	平成 年 月 日から 日まで 日間				
	支払金額	円				公費又は 福祉医療	1 老人医療 2 乳幼児医療 3 障害者医療 4 母子医療 5 その他 ()				

《 申請書の記入方法 》 この申請書は、次のことに注意のうえ、太ワクのみ記入してください。

- 「申請書内訳」欄は、被保険者一人ごとに、暦月ごとに、病院等ごとに記入してください。
- 同一病院の内科と歯科及び総合病院の各診療科ごと又は入院・通院ごとに別々に記入してください。
- 「療養期間」欄は、医療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。
- 「支払金額」欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分について記入し、差額ベッド料等保険診療とならないものは除いてください。ただし、その額が明確でないときは支払った金額を記入し、「備考」欄にその旨を記入してください。
- 領収書があれば添付してください。なお、下記9に該当する場合は原則として添付してください。
- 支給額を口座振替で受取り希望の方は、「口座振替依頼欄」に記入してください。
- 療養を受けた被保険者が2人以上ある場合は、この面の「申請書内訳」欄に記入してください。「支払金額合計」欄には、「支給金額」欄を世帯として合算した額を記入してください。
- 「多数該当の状況」欄は、今回の申請を含む以前12ヵ月分の高額療養費の状況を、今回の申請月に△を付し、すでに高額療養費に該当した月に○を付してください。
- 公費は福祉医療の場合は、病院等に自己負担金を支払ったときのみ該当の福祉医療名を○で囲んでください。