

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

NO. _____ 受付日

届出人名		世帯主との続柄		電話番号	
①被保険者記号・番号			②区分		
③今回申請の診療月以前1年間の高額療養費支給、直近の診療月			備考		
④一般・退職別					
⑤療養を受けた者	氏名				
	生年月日				
	個人番号				
⑥世帯主との続柄及び入外の別		続柄	続柄	続柄	
⑦傷病名		別添レセプト記載のとおり	別添レセプト記載のとおり	別添レセプト記載のとおり	
⑧療養を受けた病院等	名称	名称	名称	名称	
	所在地	住所	住所	住所	
⑨⑧の病院等で療養を受けた期間		別添レセプト記載のとおり	別添レセプト記載のとおり	別添レセプト記載のとおり	
⑩病院等で支払った額					
⑪他制度で一部負担額の支給を受けた場合の費用徴収額					
⑫療養を受けた理由	1 疾病・自損事故		1 疾病・自損事故		1 疾病・自損事故
	2 業務上の災害		2 業務上の災害		2 業務上の災害
	3 第三者行為（交通事故）		3 第三者行為（交通事故）		3 第三者行為（交通事故）
上記のとおり申請します 令和 年 月 日 奄美市長 殿 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 電話 () _____ 個人番号 () _____ </div>					
<input type="checkbox"/> 登録済口座に振り込み					
<input type="checkbox"/> 新規登録・口座変更のため下記口座に振込（金融機関・支店・種別・口座番号・口座名義人）					

高額療養費を支給してよろしいか伺います。 支給決定日

窓口一部負担金額	自己負担限度額	支給額	既支給額	調整額	支給決定額
決 裁	課長	補佐	係長	係	支給明細NO. _____ 消込 支給日 _____