

国民健康保険高額療養費支給申請書 [年 月 診療分]

受付

①	被保険者証の記号・番号				②	世帯主氏名					
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	被保険者等分	A被保険者証 B資格証明書 C前期高齢者 Dその他			A被保険者証 B資格証明書 C前期高齢者 Dその他			A被保険者証 B資格証明書 C前期高齢者 Dその他			
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	
		一般	退本人	退被扶養者	一般	退本人	退被扶養者	一般	退本人	退被扶養者	
⑦	傷病名	診療報酬明細書のとおり			診療報酬明細書のとおり			診療報酬明細書のとおり			
⑧	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他()			
⑨	病院・診療所 薬局等の名称 所在地	名 称									
		所在地									
⑩	⑨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)			
⑪	⑩の期間中に 病院等に支 払った金額										
⑫	受領方法及び 金融機関名	口座振替 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">直接払</div> <div>銀行・農協 信用金庫・組合</div> </div>			支店 支所	普通 当座	口座番号				
							フリガナ 口座名義人				
備考	支給決定額										

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住 所

氏名 (印)

個人番号

電話()

田村市長 様

※ 処理	高額区分				税(所得)区分		支給台帳処理		
	1 世帯合算		2 多 数 該 当 分	3 長 期 疾 病 分	4 その 他	上位・課税 非課税・I・II		年月日	担当者
	①多 数 該 当 分	②その 他							
								.	

※印欄は、申請者は記入の必要ありません。

様式第11号（裏）

（注）

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑩欄の診療を受けた期間は、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。
- 3 ⑪欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、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、入院時食事療養費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金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 4 領収書の写しは、申請書に添付してください。