

受付

国民健康保険高額療養費支給申請書 [ 年 月診療分]

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 区分	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 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	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					
		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	円		円		円	
⑫	受領方法及び 金融機関名	口座振替		支店 支所	普通	口座番号	
		直接払	銀行・農協 信用金庫・組合		当座	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 ⑨ 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	3	4	年 月 日	担当者
	①多数 該当分	②その他	多 数 該当分	長 期 疾病分	其 他	上 位・課 税 非課税・Ⅰ・Ⅱ	・

※印欄は、申請者は記入の必要ありません。

様式第 1 1 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。