

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

[申請日]

[申請者（世帯主）]

令和 年 月 日

・住所 新潟県

様

・氏名 電話

・個人番号

令和 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 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	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	
(8) 発症又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	
(9) 病院等の名称及び所在地	名称 所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・入院外の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間				
(13) 病院等で支払った金額				
(14) 今回申請の診療年月以前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			(15) 課税区分 (世帯全体)	(16) 課税区分 (70歳以上)

70歳以上高額療養費			
高齢者外来		高齢者世帯合算 多数該当	
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円
外来自己負担限度額	円	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
外来現物給付	円	入院現物給付	円
高齢外来支給額	円	高齢世帯支給額	円

国保世帯全体 多数該当	
70歳未満一部負担金相当額	円
高齢世帯計算後負担額	円
世帯自己負担限度額	円
世帯高額療養費	円
現物給付（70歳未満）	円
世帯支給額	円
国保世帯支給額	円

※限度額は制度上の限度額を表示しています。 特例該当有無 無

既支給決定額	円	世帯差引支給額	円	世帯最終支給額	円
--------	---	---------	---	---------	---

☐ 公金受取口座を利用する。 ※ 公金受取口座を登録している方に限ります。

公金受取口座の口座名義人の個人番号を記入してください。 個人番号記入欄

※ 上記にチェックを入れた場合は以下の振込先欄の記載は不要ですが、記載があった場合は以下の金融機関への振り込みを優先します。

振込先	金融機関名	本店	医療機関での支払いはお済みですか？ (どちらかに○を記入) はい ・ いいえ 第三者行為（交通事故等）の有無 (どちらかに○を記入) あり ・ なし
	口座種目	支店名	
	フリガナ	口座番号	
	口座名義人		

委任状	受任者住所	委任者氏名 (世帯主)	支給金額の受領を左記の者に委任します。 令和 年 月 日
	受任者氏名 (口座名義人)		

㊞