国民健康保険高額療養費支給申請書

診療年月	年　　月

番号

(1)被保険者の記号・番号	岡８４			
(2)被保険者の個人番号				
(3)療養を受けた被保険者の氏名				
(4)療養を受けた被保険者の生年月日				
(5)一般・退職の区分	一般　・　退職	一般　・　退職	一般　・　退職	一般　・　退職
(6)世帯主(組合員)との続柄				
(7) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地　名称				
(7) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地　所在地				
(8)診療科目、入院・外来の別	入院　・　外来	入院　・　外来	入院　・　外来	入院　・　外来
(9)(7)の病院等で療養を受けた期間	～　　日間	～　　日間	～　　日間	～　　日間
(10)(9)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額				
(11)支払状況 ※領収書がない場合 □に✔をいれてください	領収書　有　・　無 □支払済 □未払	領収書　有　・　無 □支払済 □未払	領収書　有　・　無 □支払済 □未払	領収書　有　・　無 □支払済 □未払
(12)発症または負傷の理由 ※交通事故等や労災の場合 □に✔をいれてください	□第三者行為(交通事故等) □業務上の事故(労災) □その他	□第三者行為(交通事故等) □業務上の事故(労災) □その他	□第三者行為(交通事故等) □業務上の事故(労災) □その他	□第三者行為(交通事故等) □業務上の事故(労災) □その他

(13)課税区分(世帯全体)		(14)課税区分(70歳以上)	
(15)世帯自己負担限度額		(16)70歳以上自己負担限度額	入院　　外来
(17)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		年　　月診療分	年　　月診療分　　年　　月診療分

既支給額	円	世帯支給額	円	支給額	円

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。　　平成　　年　　月　　日
なお、再審査等により医療費に変更が生じた場合は支給額を調整することを承認します。

真　庭　市　長　様

個人番号

住　　所

世帯主名　　印

電　　話（　　）　　―

※高額療養費の受領方を委任する場合には、下記「受領委任記入欄」に記入してください。

受領委任記入欄		
	上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。　平成　　年　　月　　日 住　　所 世帯主名　　印	
	代理人	住　　所 氏　　名　　印

・**申請には必ず領収書を添付してください。**
・申請書が複数枚あるときは、すべて提出してください。
・振込先金融機関は、原則世帯主様の口座でお願いします。
　他の方の口座の場合、上記受領委任欄に記入してください。

個人番号確認
番号カード　・　通知カード　・　番号入住民票　・　承認書 請求書　・　その他（　　）
本人確認
番号カード　・　免許証　・　パスポート　・　障害手帳等 保険証　・　その他（　　）

振込先				
金融機関	名称			
	支店・支所			
口座種目		口座番号		
口座名義人				

□(12)発症負傷理由該当無確認済

※口座名義人はカタカナで記入してください