

様式第7号(第16条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書(表面)

( 年 月 診療分)

年 月 日

天 童 市 長 様

住 所 天童市

世帯主

氏 名

印

電話番号

—

被保険者の 個人番号									一般・退職(本人)・退職(扶養)
被保険者証 記号・番号	—	療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日							年 月 日
疾 病 名	添付レセプトに記載								
① 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 名 称	同 上							
② ①の病院等で療養を受けた 期間		年 月 日から							年 月 日まで
③ ②の期間に受けた療養に対 し病院等で支払った額									円
④ 今回申請の診療月以前12か 月に高額療養費の支給を3 回以上受けた場合、その直 近の診療月	診療月	1 年 月 診療分						備 考	・4回目以降 ・合算あり
		2 年 月 診療分							
		3 年 月 診療分							

口座振替(送金)依頼書 世帯主の下記指定の預金口座に振り込み願います。	
振替先金融機関・支店名	口 座 番 号
口座名義(世帯主) (カタカナ)	

備 考
チェック

備考

- この申請書は、次によって作成してください。
    - 診療月ごとに作成してください。
    - 世帯合算により高額療養費の支給を受ける場合は、裏面内訳書を記入してください。
  - ③の欄は、病院等で支払った額のうち、いわゆる保険診療分についてのみ記入し、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徴収額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額を記入し、④備考欄にその旨を記入してください。
  - ④欄は、今回申請の診療月以前の12か月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に直近の3回分について記入してください。
  - 病院等に支払った額の領収書を、この申請書に添付してください。
- \* 裏面もありますので、両面印刷でご利用ください。

(裏面)

内訳書

被保険者証の記号・番号	—	
被保険者の氏名		
個人番号		
生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
一般・退職被保険者の別	一般 ・ 退職	一般 ・ 退職
傷病名	添付レセプトに記載	添付レセプトに記載
① 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 同上	所在地 同上
② ①の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
③ ②の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円

処理欄(以下は記入しないでください。)

自己負担区分	多数該当有無	自己負担限度額
市民税非課税	無	35,400円
	有	24,600円
一般Ⅰ	無	57,600円
	有	44,400円
一般Ⅱ	無	80,100円+1%
	有	44,400円
上位所得Ⅰ	無	167,400円+1%
	有	93,000円
上位所得Ⅱ	無	252,600円+1%
	有	140,100円

前期高齢者自己負担区分	入院外来区分	自己負担限度額
低所得Ⅰ	外来	8,000円
	入院	15,000円
低所得Ⅱ	外来	8,000円
	入院	24,600円
一般	外来	12,000円
	入院	44,400円
一定以上	外来	44,400円
	入院	80,100円+1%
	多数該当	44,400円

決 定	
診療に要した費用の額 ①	円
他方優先分 ②	円
一部負担金 相当額 ③	円
一部負担金 限度額 ④	円
高額療養費の額 ③-④	円
備 考	