

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(枝番)		島72 ー ( )		② 世帯主 氏名			
③ 療養を受けた者の氏名		1		2		3	
④ 生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
⑤ 個 人 番 号							
⑥ 傷 病 名							
⑦ 病 院 ・ 診 療 所 薬 局 等 の 名 称 所 在 地		名称					
		所在地					
⑧ ⑦ 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 )	
⑨ ⑧ の 期 間 中 に 病 院 等 に 支 払 っ た 金 額		円		円		円	
⑩ 他 の 制 度 に よ り 一 部 負 担 金 の 金 額 又 は 一 部 に つ い て 支 給 が 受 け ら れ る か ど う か		1. 受けられる (制度名: ) 2. 受けられない		1. 受けられる (制度名: ) 2. 受けられない		1. 受けられる (制度名: ) 2. 受けられない	
⑪ ⑩ で 受 け ら れ る 場 合 費 用 徴 収 の 有 無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
⑫ 第 三 者 行 為 の 有 無		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
⑬ 今 回 申 請 の 診 療 月 以 前 1 年 間 に 3 回 以 上 高 額 療 養 費 を 受 け た 場 合、 そ の 直 近 の 診 療 年 月 日 及 び 氏 名		診 療 月		1 回 年 月 診 療		2 回 年 月 診 療	
		氏 名					
⑭ 受 領 方 法 及 び 金 融 機 関 名		・ 現金払                      ・ 口座振替払  銀行・信用金庫・                      支店・支所・出張所 農業協同組合・協同組合                      (普通・当座) (口座名義人 [カナ]                      [                      ] ) (口座番号                      )					
上記のとおり申請します。		住 所 三春町		世帯主氏名		印	
年 月 日		個人番号					
三春町長 様				( 電 話 )			
※ 処 理	高 額 区 分				税区分	一般・高齢 1/10・2/10・3/10	
	1 世帯合算		2 多 数 該	3 長 期 疾 病 分	4 其 他	課 税 ・ 非 課 税	費 用 額
	① 多 数 該 当 分	② 其 他					控 除 額 貸 付 額
							支 給 決 定 額

※印の欄は、申請者は記入する必要はありません。申請にあたっては裏面を参照して下さい。