

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 ()			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 被 保 険 者 等 区 分	1 一般	2 退本人	3 退被扶養	1 一般	2 退本人	3 退被扶養	1 一般	2 退本人	3 退被扶養
⑦ 傷 病 名									
⑧ 病 院 ・ 診 療 所 薬 局 等 の 名 称 所 在 地	名称								
	所在地								
⑨ ⑧ 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)				
⑩ ⑨ の 期 間 中 に 病 院 等 に 支 払 っ た 金 額	円		円		円				
⑪ 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				
⑫ ⑪ で 受 け ら れ る 場 合 費 用 徴 収 の 有 無	有・無		有・無		有・無				
⑬ 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				
⑭ 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	3回 年 月 診療					
	氏 名								
⑮ 受 領 方 法 及 び 金 融 機 関 名	現金 口座振替払 銀行・信用金庫 支店 農業協同組合				フリガナ (名義:) (口座番号:)				
上記のとおり申請します。 住 所 三春町									
年 月 日 世帯主氏名									
三春町長 様 個人番号									
(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 当	3 長 期 疾 病 分	4 そ の 他	課 税 ・ 非 課 税	費 用 額		
	① 多 数 該 当 分	② そ の 他					控 除 額 貸 付 額		
							支給決定額 円		

※印の欄は、申請者は記入する必要はありません。