

国民健康保険高額療養費支給申請書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者証の記号番号	小樽	療養を受けた被保険者	個人番号			世帯主との続柄		
			氏名					
傷病名	別紙証拠書類のとおり		療養を受けた期間及び日数	令和 年 月 日 ~ 日まで 日間				
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					
傷病原因について、業務上又は第三者行為の有無 (有 無)								
本書のとおり申請します。 郵便番号 〒 TEL 局 番 住所 小樽市 丁目 番 号 令和 年 月 日 町 番地 号 小樽市長 迫俊哉様								
			世帯主の個人番号					
			世帯主氏名	Ⓜ				
支払区分	1	現金払	4	口座振替払	7	隔地払	△	支出特別
口座振替の場合	振込先金融機関			預金の種類	A 普通		フリガナ	
					B 当座		口座名義人	
			口座番号					
委任状	私は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に係る一切の手続を委任します。 令和 年 月 日 代理人の住所 氏名 委任者の氏名 (現金での受領の場合に要する印鑑 Ⓜ)							

給付の種類		科 別		入院・外来		世帯区分		回 数	
1	一 般	1	医 科	1	入 院	1	一 般	1	1～3回目
2	退職本人	2	歯 科	2	外 来	2	非 課 税	2	多数該当
3	退職扶養	3	合 算			3	上 位 所 得		
医療機関コード			業者コード		備 考				

上記の療養を受けた期間に病院等に支払った保険適用分の金額						円	
レセプト点数	点	バッチ番号				薬剤負担額	円

一般世帯及び上位所得世帯の自己負担額の計算 (1～3回目の場合)	
一般世帯	円 + { () 点 × 10 - () 円 } × 1% = ()
上位所得世帯	円 + { () 点 × 10 - () 円 } × 1% = ()

上記の申請に基づく高額療養費の支給について審査の結果、次のとおり支給額を決定します。					
調書	療養に要した費用額	一部負担額 A	自己負担額 B	他法負担額	A-B 差引支給額
	円	円	円	円	円

受付