

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 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			
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。							
	代理人の住所 氏名 (現金での受領の場合に要する印鑑)							
		令和 年 月 日		委任者の氏名				
				Ⓜ				

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% = () 円			
上位所得世帯	円 + { () 点 × 10 - () 円 } × 1% = () 円			

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