別記様式第１０号（第１２条の１０関係）

国民健康保険高額療養費支給申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世帯主名 | 　　 | 年　　月診療分 |
| 療養を受けた被保険者の氏名 | 被保険者記号・番号 | 生年月日 | 個人番号 | 区分 |
| 　 |  | 　 年 　月 　日 |  | 入院・外来 |
| 　 |  | 　 年 　月 　日 |  | 入院・外来 |
| 　 |  | 　 年 　月 　日 |  | 入院・外来 |
| 　 |  | 　 年 　月 　日 |  | 入院・外来 |
| 　 |  | 　 年 　月 　日 |  | 入院・外来 |
| 　 |  | 　 年 　月 　日 |  | 入院・外来 |
| 今回申請の診療月以前1年間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 | 1 | 2 | 3 |
| 年　　月診療分 | 年　　月診療分 | 年　　月診療分 |
| 　上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　―　　　　年　　月　　日　 　申請者　住　　所 関市　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（世帯主）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　関市長　様 　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 　　　　― 　― 　　　　　 |
| 適用区分 | 所得区分 | 総費用額 | 現物給付分 | 高額療養費対象額 | 負担限度額 | 高額療養費償還額 |
| 前期高齢者世帯外来 | 　 | 円 | 円 | 円 | 円 | A円 |
| 前期高齢者世帯全体 | 　 | 円 | 円 | 円 | 円 | B円 |
| 国保世帯全体 | 　 | 円 | 円 | 円 | 円 | C円 |
| 　高額療養費支給決定額　A＋B＋C　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| （注）　この申請書を提出されるときには、必ず医療機関の領収書を提出してください。 | 受付印 |  |
| 振込先 | 金融機関名 | 預金種別 | 　 |
| 銀行　　　　　本　店 　　　 信用金庫　　　　　支　店農協　　　　　出張所信用組合　　　　　　　　 | 普通・当座その他(　　　) |
| 口座番号 | フリガナ | 　 |  | 受付者 |  | 滞　納 | 有 ・ 無 |
| 　 | 口座名義人 | 　 |

□前回と同じ口座に振込を希望します。