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。