

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

入院・外来・薬剤・他

①	被保険者証の記号・番号	島6—	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 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	
⑦	傷 病 名 (第三者行為の有無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)		診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)	
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 日 まで ( 日間)	年 月 日から 日 まで ( 日間)	年 月 日から 日 まで ( 日間)	
⑩	⑨の期間中に支払った金額	円	円	円	
⑪	他の制度による一部負担金の全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	⑩で受けられる場合費用徴収の有無	有・無	有・無	有・無	
⑬	今回の申請の診療月以前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			
⑭	受領方法	1 直接払 2 口座振込払	⑮	口 座 番 号	←右づめで記入
⑯	金融機関	銀行 金庫 組合	店 所	⑰	口座種別 1 普通 2 当座 3 貯蓄
⑱	(カタカナ) 口座名義				

上記のとおり申請します。  
年 月 日

世帯主 住 所 会津若松市  
(申請者)

氏 名

個人番号

電話番号

提出者 世帯主の提出  
(世帯主と異なる場合)

住 所

氏 名

(世帯主との関係 )

電話番号

会津若松市長

太枠内は記入不要

高額区分				審査決定額	A				
1 一般		賦課	回数	公費負担額	B				
2 退職本人	該当年月日			一部負担額	C				
3 退職扶養		0 上位所得(ア)		((A-B)×0. )					
4 高齢一般	負担区分	1 上位所得(イ)		<input type="checkbox"/> 基準額 <input type="checkbox"/> 1%加算額 <input type="checkbox"/> 限度額	D				
		2 課税(ウ)							
世帯合算	有 無	3 課税(エ)							
多数該当	有 無	4 非課税(オ)		高額療養費	E				
				(C-D)					