

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)旭川市長

旭川市

申請者 住所
(世帯主)

氏名

電話番号 () -

個人番号

国民健康保険法施行規則第27条の16第1項の規定により、高額療養費の支給を申請します。
太枠の中の①から⑧までを記入し、※は記入しないでください。

①被保険者証の記号番号	旭									令和		年		月		日	診療分	
②療養を受けた者の氏名及び個人番号	氏名																	
	個人番号																	
③療養を受けた者の生年月日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
※宛名番号																		
④療養を受けた病院・診療所等の所在地及び名称	所在地																	
	名称	病院・医院 薬局 (科)					病院・医院 薬局 (科)					病院・医院 薬局 (科)						
⑤④の病院等で受けた診療の区分	1. 入院	2. 外来	3. その他	1. 入院	2. 外来	3. その他	1. 入院	2. 外来	3. その他	1. 入院	2. 外来	3. その他	1. 入院	2. 外来	3. その他	1. 入院	2. 外来	3. その他
※医療機関コード																		
⑥④の病院等で療養を受けた期間	令和 年 月 日から	(日間)	日まで	令和 年 月 日から	(日間)	日まで	令和 年 月 日から	(日間)	日まで	令和 年 月 日から	(日間)	日まで	令和 年 月 日から	(日間)	日まで	令和 年 月 日から	(日間)	日まで
※資格区分	一般	退本	退扶	一般	退本	退扶	一般	退本	退扶	一般	退本	退扶	一般	退本	退扶	一般	退本	退扶
	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3
⑦⑥の期間に受けた療養に対して病院等に支払った金額	円					円					円							
※レセプト番号																		
⑧高額療養の受方	額費	総合庁舎の窓口で受け取る。 ※申請後、支給決定通知を送付しますので、印鑑と併せてお持ちください。					口座番号及び種類					1 普通 2 当座 3 組勘 4 貯蓄 5 その他						
	取法	世帯主の金融機関の預金口座へ振り込む。 (口座等に関することを記入する。)					銀行					本店						
	取法	別紙委任状により療養を受けた病院へ振り込む。					信用金庫					本所						
診療月までの1年間における高額療養費支給回数	当診療分は			回目	前期高齢者	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ 一般・Ⅱ・Ⅰ	外来限度額			円								
				回以上	70歳未満	上・課・非 ア・イ・ウ・エ・オ	世帯限度額			円								
世帯主コード							全体限度額			円								
保険料の滞納状況	1 無	2 有	納付相談済	担当	保険診療見込額			円										