



国民健康保険高額療養費支給申請書

糸島市長 様 次のおお療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

決定年月日	
支給年月日	
通知年月日	

診療年月	年 月		
被保険者記号番号	29 . ー	届出年月日	年 月 日
申請者(世帯主)	住所	電話番号	
	氏名	個人番号	
代筆者	住所	電話番号	
	氏名	世帯主との続柄	

※太枠内を記入してください。

振込先(世帯主口座)	銀行名等	銀行・農協・信金 信組・信漁連	支店名等	支店(所) 本店(所)
	預金種目	普通・当座・貯蓄	ゆうちょ銀行の場合	店番
	フリガナ		口座番号(右づめ)	
	口座名義人			世帯主との続柄 本人・その他()

※世帯主以外の方の口座を指定する場合は、委任状が必要です。委任状を添付して申請してください。

(事務処理欄)

保険種別	一般・退本・退扶	多数該当状況	非該当・該当()	
所得区分	70歳未満 70歳以上		ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	
療養を受けた被保険者の氏名・性別・生年月日	療養を受けた医療機関等の名称	支払金額	入院・外来	公費の有無
① 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
② 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
③ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
④ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()

高額療養費算定基礎	No.	療養に要した費用額	一部負担金	公費費用徴収額	高額療養費支給決定額
		A	A×30%又は20% B	C	(B+C-)
	①	円	円	円	
	②				
	③				
	④				
	計	円	円	円	円

受付日		受付者		<input type="checkbox"/> 診療月時点受診者資格	<input type="checkbox"/> 診療月時点世帯主	<input type="checkbox"/> 委任状 不要・要
受付印	<input type="checkbox"/> 本人確認(代筆者、委任状の受任者含む) 〔世帯主・代筆者〕番カ・免・パ・住カ・在カ・その他(国保・通帳・)/番号: 〔委任状の受任者〕番カ・免・パ・住カ・在カ・その他(国保・通帳・)/番号:					
	<input type="checkbox"/> 簡素化申請 無・有(R4.3診療月以前・停止中)		<input type="checkbox"/> 滞納 無・有(充当有・無)		<input type="checkbox"/> 第三者 無・有(届出済・勸奨済)	
	<input type="checkbox"/> 外国人在留資格等確認 不要・要(在カ・住基)			備考:		

療養を受けた被保険者の 氏名・性別・生年月日	療養を受けた 医療機関等の名称	支 払 金 額	入院・外来	公 費 の 有 無
⑤ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑥ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑦ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑧ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑨ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑩ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑪ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑫ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑬ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()
⑭ 男・女 個人番号() S・H・R 年 月 日(歳)		円	入・外	無子障親 他()

No.	療養に要した費用額	一 部 負 担 金	公 費 費 用 徴 収 額	高額療養費支給決定額
	A	A×30%又は20%	C	(B+C-
⑤	円	円	円	
⑥				
⑦				
⑧				
⑨				
⑩				
⑪				
⑫				
⑬				
⑭				

※合計額は1枚目に記入

高額療養費算定基礎