

金融機関名		口座番号	
銀行名	支店名	普・当	
		名義人フリガナ	

国民健康保険高額療養費支給申請書

① 被保険者証の記号番号	(診療分)			
② 療養を受けた者の氏名	1.	2.	3.	
③ 療養を受けた者の個人番号				
④ 療養を受けた者の生年月日				
⑤ 世帯主との続柄				
⑥ 退職被保険者等の該当の有無				
⑦ 傷病名				
⑧ 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
⑨ ⑧の病院等で療養を受けた期間	同月 日まで から 日間	同月 日まで から 日間	同月 日まで から 日間	
⑩ ⑨の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円	
⑪ 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	
⑫ 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. 年 月 診療分	2. 年 月 診療分	3. 年 月 診療分	
⑬ 交通事故等の第三者行為	有 ・ 無			
<p>上記のとおり申請します。 住所</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(世帯主) (ふりがな) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">阿南市長殿</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電 話</p>				
決 定				
保険対象総費用額 (A)	保険者負担額 (B)	一部負担限度額 (C)	その他公費負担額 (D)	高額療養費支給額 (A) - (B) - (C) - (D)
円	円	円	円	円
備 考				
来庁者：本人・代理人		個人番号記載：有・無		本人確認：マイナンバーカード・免許証・保険証・その他