

受付 . . .

高額療養費支給申請書〔平成 年 月診療分〕

被保険者証の 記号・番号	島69 -			世帯主 氏名				
療養を受けた者の 氏名	1		2		3			
生年月日	昭平 年 月 日		昭平 年 月 日		昭平 年 月 日			
被保険者等 区分	1	2	3	1	2	3	1 2 3	
	一般	退本人	退被扶養者	一般	退本人	退被扶養者	一般 退本人 退被扶養者	
傷病名								
病院・診療所 薬局等の 名称・所在地	名称							
	所在地							
の病院等で療養 を受けた期間	平成 年 月 日から 月 日まで (日間)		平成 年 月 日から 月 日まで (日間)		平成 年 月 日から 月 日まで (日間)			
の期間中に病院 等に支払った金額	円			円		円		
他の制度により 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)		1 受けられる (制度名)		1 受けられる (制度名)			
	2 受けられない		2 受けられない		2 受けられない			
で受けられる場 合費用徴収の有無	有 ・ 無			有 ・ 無		有 ・ 無		
今回申請の診療月以前 1年間に3回以上高額療養 費を受けた場合、その直近 の診療年月日及び氏名	診療月	1回 平成 年 月診療		2回 平成 年 月診療		3回 平成 年 月診療		
	氏名							
備考	口座 振込	金融機関						
		口座番号						
(口座振込は世帯主の口座番号を記入して下さい。)								
上記のとおり申請します。								
平成 年 月 日								
世帯主 住所 又は 組合員 氏名								
印								
(電話 -)								
平田村長殿								
処理	高 額 区 分				税区分	特例調整	支給台帳処理	
	1 世帯合算		2	3	4	課税	有	年 月 日
	多数 該当分	その他	多数 該当分	長期 疾病分	その他	・ 非課税	・ 無	担当者

印欄は、申請者は記入の必要ありません。申請にあたっては裏面を参照してください。