

高額療養費支給申請書（ 年 月診療分）（表）

① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	島69 —	② 世 帯 主 名 氏						
③ 療養を受けた者の 氏 名	1	2	3					
④ 個 人 番 号								
⑤ 生 年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日			
⑥ 被 保 険 者 等 区 分	1 一般 2 退 本人 3 退 被扶養者		1 一般 2 退 本人 3 退 被扶養者		1 一般 2 退 本人 3 退 被扶養者			
⑦ 傷 病 名	別紙診療報酬明細書のとおり		別紙診療報酬明細書のとおり		別紙診療報酬明細書のとおり			
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 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)			
⑩ ⑨の期間中に病院 等に支払った金額	円		円		円			
⑪ 他の公的制度から 医療費の助成を受 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 ⑪で受けられる場 合費用徴収の有無	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無			
⑬ 第三者行為の有無	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無			
⑭ 振 込 先 口 座	銀行・信用金庫・農協			口座番号				
	本・支店							
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 個人番号 平 田 村 長 様 (電話)								
* 処 理	高額区分				特例調整	支給台帳処理		
	1 世帯合算		2	3	4	有・無	年 月 日	担当者
	① 多数該当分	② その他	多数該当分	長期疾病分	そ の 他		・ ・	
	課 税 区 分							
	ア 901万円超(未申告者含む)		イ 600万円超～901万円以下		ウ 210万円超～600万円以下		エ 210万円以下	オ 住民税非課税
申請の診療月以前1年間に3回以上高額 療養費に該当する直近の診療年月			診療月	1回 年 月	2回 年 月	3回 年 月		
備考								

*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。

(裏)

高額療養費支給申請書記入上の注意

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑨欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 ⑩欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料・歯科で認められている差額等については除いてください。
ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った全額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 4 ⑪欄は他の制度により、一部負担金の全部又は一部について支給が受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。
 - ア 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律により支給
 - イ 育成医療
 - ウ 予防接種法による支給
 - エ 更生医療
 - オ 養育医療
 - カ 医療品副作用被害救済基金法による支給
 - キ 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給
 - ク 特定疾患治療研究事業
 - ケ 小児慢性特定疾患治療研究事業
 - コ 血液代金の支給
 - サ 毒ガス障害者救済対策事業
 - シ 児童福祉法による入所措置等に係る医療の給付
 - ス 知的障害者福祉法による入所措置に係る医療の給付
 - セ 進行性筋萎縮症者療養等給付事業
 - ソ その他
- 5 今回申請の診療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。
- 6 領収書を申請書に添付してください。