

国民健康保険高額療養費支給申請書  
( 年 月 診療分)

年 月 日

山辺町長 殿

世帯主 住 所  
氏 名  
個人番号  
電話番号

被保険者証の 記号・番号	療養を受けた被保 険者の氏名・生年 月日・個人番号	氏名			
		生年月日		年	月 日
		個人番号			
被保険者区分	一般・退職(本人・被扶養)	世帯主との続柄			
疾 病 名					
① 療養を受けた病院、診療所薬局等 の名称及び所在地	名 称			□入院	
	所在地			□外来 □調剤	
② ①の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から		日間		
③ ②の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額	年 月 日まで		円		
④ 今回申請の診療月以前12か月に高 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	診療月	備考			
	1 年 月 診療分				
	2 年 月 診療分				
	3 年 月 診療分				

(注)

- この申請書は、次によって作成してください。
  - 診療月ごとに作成してください。
  - 世帯合算により高額療養費の支給を受ける場合は、裏面内訳書を記入してください。
- ③欄は、病院等で支払った額のうち、いわゆる保険診療分についてのみ記入し、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徴収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金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- ④欄は、今回申請の診療月以前の12か月以内に、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回分について記入してください。
- 病院等に支払った額の領収書があれば、この申請書に添付してください。

高 額 療 養 費 振 込 先 (世帯主の口座)	銀行 本店 農協 支店 ( )	預金種別	普通 ・ 当座 ・ ( )				
		フリガナ					
		口座名義人					
		口座番号					
※高額療養費貸付金 有 ・ 無 ( 円)							

様式第16号（裏面）

（内訳書）

被保険者証の 記号・番号							
療養を受けた被保険者の氏名、生年月日、一般被保険者・退職被保険者等の別	氏名	1	2	3			
	生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日			
	個人番号						
	世帯主との続柄						
	一般・退職の別	一般・退職（本人・被扶養）	一般・退職（本人・被扶養）	一般・退職（本人・被扶養）			
疾病名							
① 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称		入院 外来 調剤		入院 外来 調剤		入院 外来 調剤
	所在地						
② ①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			
③ ②の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円	円	円		円	
④ 他の制度により自己負担相当額又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		○受けられる (制度名 ) (費用徴収の有・無) ○受けられない	
⑤ 今回申請の診療月以前12か月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		診療月 1 年 月 診療分 2 年 月 診療分 3 年 月 診療分	備考				