

国民健康保険高額療養費支給申請書

【 年 月診療分】

① 被保険者 記号・番号		島 83-1				② 世帯主 氏名					
③ 療養を受けた者の氏名 (個人番号12桁)		1				2					
④ 生 年 月 日		年 月 日				年 月 日					
⑤ 入院または外来の別		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来				<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来					
⑥ 傷 病 名											
⑦ 病院・診療所 薬局等の名 称・所在地		名称									
		所在地									
⑧ ⑦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)					
⑨ ⑧の期間中に病院 等に支払った金額		円				円					
⑩ 他の制度により一部負担金の 金額又は支給が 受けられるかどうか		<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名) <input type="checkbox"/> 受けられない				<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名) <input type="checkbox"/> 受けられない					
⑪ 第三者からの行為による傷病		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
振 込 金 融 機 関	受 取 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を指定する (世帯主以外の公金受取の場合は委任状が必要) <input type="checkbox"/> 上記以外の振込口座を指定する (町登録世帯主口座)									
	金 融 機 関 名	<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所					
	店 番 号 及 び 口 座 番 号	店番号				口座番号					
	口座名義人 (カタカナ)										
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 大熊町大字 字 申請者 氏名 (世帯主) 個人番号(12桁) 電話番号 () 大熊町長 様											
※ 処 理	<input type="checkbox"/> 世帯合算 <input type="checkbox"/> 多数該当分 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 多数該当分 <input type="checkbox"/> 長期疾病分	前期高齢者 <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅢ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ		国保世帯全体 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ		特例調整 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		受付担当 <input type="checkbox"/> 本 庁 <input type="checkbox"/> 会 津 <input type="checkbox"/> いわき <input type="checkbox"/> 中通り <input type="checkbox"/> 郵 送			

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

第10号様式(裏)

(注)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑧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 ⑨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、食事代の標準負担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 ⑩欄は他の制度により、一部負担金の金額また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 児童福祉法の医療に係る療育の給付
 - イ 予防接種法の医療費の支給
 - ウ 障害者自立支援法の自立支援医療費の支給
 - エ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
 - オ 結核予防法の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付又は当該医療に要する費用の支給
 - カ 麻薬及び向精神薬取締法の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
 - キ 母子保健法の療育医療の給付又は療育医療に要する費用の支給
 - ク 独立行政法人医薬品医療機器総合機構法の医療費の支給
 - ケ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する給付又は当該医療に要する費用の支給
 - コ 石綿による健康被害の救済に関する法律の医療費の支給
 - サ 沖縄の復帰に伴う厚生労働省関係法令の適用の特別措置等に関する政令の医療費の支給
 - シ その他厚生労働大臣が定める医療に関する給付
- 5 領収書があれば、申請書に添付してください。