

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

平成 年 月 日

飯山市長 あて

申請者(世帯主)

・個人番号
・住所 長野県飯山市(大字)

・氏名
・電話

平成 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号	いいやま			
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 療養を受けた被保険者の氏名				
(4) 療養を受けた被保険者の生年月日	昭和／平成 年 月 日	昭和／平成 年 月 日	昭和／平成 年 月 日	昭和／平成 年 月 日
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主との続柄				
(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) 診療科目、入院・外来の別				
(10) (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	年 月 日から 年 月 日まで 日間
(11) (10)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
(12) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた時はその直近の診療年月	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	
	平成 年 月 診療分		(13)課税区分(世帯全体)	ア・イ ウ・エ オ
			(14)課税区分(70歳以上)	

70歳以上高額療養費				国保世帯全体 多数該当/非該当	
高齢者外来		高齢者世帯合算		70歳未満一部負担金相当額	
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円	円	
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円	円	
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円	円	
外来現物給付	円	入院現物給付	円	円	
他法調整額	円	他法調整額	円	円	
高齢者外来支給額	円	高齢者世帯支給額	円	円	
				円	

※限度額は制度上の限度額を表示しています。 特例該当有無

既支給決定額	円	差引支給額	円	世帯最終支給額	円
--------	---	-------	---	---------	---

振込先金融機関	銀行・信金・農協・信用組合			支店・支所
振込先口座情報	種別	口座番号	フリガナ	
	1 普通 2 当座		口座名義人	
(委任状)	なお、支給される高額療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。			
	世帯主	氏名	印	

※申請の際は領収証を提示してください。