

見本

支給決定額	〇〇〇〇		(うち⑩返納額)
費用額	1 ××××	2	3
一部負担金等額 または費用徴収額	□□□□		
薬剤一部負担金			
自己(世帯) 負担額	△△△△		

作成 年 月

国民健康保険高額療養費支給申請書

〇〇 年 5 月診療分

(国保世帯番号 01234567)

① 被保険者証の 記号・番号	かすみ 012345678		
レセプト全国共通キー	012345678901234567		
② 療養を受けた 者の氏名	1 一般 退職* 本人* 被扶養者 高齢一般 霞ヶ浦 太郎	2 一般 退職 本人 被扶養者	3 一般 退職 本人 被扶養者
③ 療養を生じた 年月日	〇〇年 ××月 △△日		年 月 日
④ 傷病名			
⑤ 療養を受けた 病院・診療所 等の名称及び 所在地	987654321 〇×病院		
⑥ ⑤の病院等で 療養を受けた 期間	平成 年 月 日から 入院 同 月 日まで △日間	平成 年 月 日から 同 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同 月 日まで 日間
⑦ ⑥の期間に 療養に対し 支払った額	□□□□円 ()	円 ()	円 ()
⑧ ⑦の制度により 自己負担額 相当額は その一部 を支給 される 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
⑨ 今回の申請の 診療月以前 1年間に 高額療養費 の支給を 3回以上 受けた 場合は、 その直近 の診療月	診療月 1 平成 年 月 診療分	2 平成 年 月 診療分	3 平成 年 月 診療分

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日 世帯主 住所 かすみがうら市 〇〇△△ 番地
(組合員)

氏名 (印)

かすみがうら市長 殿

TEL ()