

様式第10 (第10条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分)

①被保険者証の 記号・番号		島65 ー		②世帯主氏 名		ー		
③療養を受けた者の氏名								
④生 年 月 日		大昭平 年 月 日		大昭平 年 月 日		大昭平 年 月 日		
⑤個 人 番 号								
⑥被 保 険 者 等 区 分		1 一 般 2 退 職 本 人 3 退 職 被 扶 養 者		1 一 般 2 退 職 本 人 3 退 職 被 扶 養 者		1 一 般 2 退 職 本 人 3 退 職 被 扶 養 者		
⑦傷 病 名								
⑧病院・診療所薬局 等の名称 所在地		名 称 所 在 地						
⑨⑧の病院等で療養を受けた期 間		平成 年 月 日 平成 年 月 日 (日間)		平成 年 月 日 平成 年 月 日 (日間)		平成 年 月 日 平成 年 月 日 (日間)		
⑩⑨の期間中に病院等に支払っ た金額		円		円		円		
⑪他の制度により一部負担金の 金額又は一部について支給が 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		
⑫⑪で受けられる場合費用徴収 の有無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無		
⑬今回申請の診療月以前 1年間に3回以上高額 療養費を受けた場合、 その直近の診療年月及 び氏名		診療月 1回 平成 年 月診療		2回 平成 年 月診療		3回 平成 年 月診療		
氏名								
備 考			金融機関 (支店まで)					
			口座振替		口 座 番 号			
					(カカで記入) 名 義 人			
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 住所 矢吹町 番地 世帯主 氏名 印 (電話 ー) 矢吹町長 様								
* 処 理	高 額 区 分				税 区 分	特例調整	支 給 台 帳 処 理	
	1 世帯合算	2	3	4	課 税	有	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	非課税	無	・ ・	

*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。

(注)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑨欄の診療を受けた期間は、診療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欄の病院等に支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療にならない特別室料・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、一部負担金の金額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る支給
 - イ 育成医療
 - ウ 予防接種法による支給
 - エ 更生医療
 - オ 療育医療
 - カ 医療品副作用被害者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 精神薄弱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費等給付事業
 - ソ その他
- 5 ⑬欄は、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 領収書があれば、申請書に添付してください。（領収書はコピーをとりますので持参ください。）