国民健康保険高額療養費支給申請書

【平・令　　年　　月診療分】

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	昭・平・令　年　月　日	昭・平・令　年　月　日	昭・平・令　年　月　日
個人番号			
傷病名	別添診療報酬明細書のとおり		
療養を受けた病院等の名称			
病院等で療養を受けた期間	日～　日（　日間）	日～　日（　日間）	日～　日（　日間）
入院・通院区分	入院・通院	入院・通院	入院・通院
病院へ支払った金額（一部負担金額）	円	円	円

前12ヶ月間の高額支給月	1回目 平・令　年　月	2回目 平・令　年　月	3回目 平・令　年　月	4回目 平・令　年　月

支払合計額	自己負担限度額				支給決定額
	70才以上		70才未満		
	外来（個人）	入院＋外来（世帯）	3回目まで	4回目以降	
費用額（　円） 円	252,600円 ＋(費用額－842,000)×1% （現役Ⅲ）　＜多数回 140,100円＞		(ア) 252,600円 ＋(費用額－842,000)×1%	(ア) 140,100円	円
	167,400円 ＋(費用額－558,000)×1% （現役Ⅱ）　＜多数回 93,000円＞		(イ) 167,400円 ＋(費用額－558,000)×1%	(イ) 93,000円	
	80,100円 ＋(費用額－267,000)×1% （現役Ⅰ）　＜多数回 44,400円＞				
多数該当区分	18,000円（一般）年間上限144,000円	57,600円（一般） 44,400円（一般・多数）	(ウ) 80,100円 ＋(費用額－267,000)×1%	(ウ) 44,400円	□ 福祉＿＿円 家族＿＿円
ア．該当	8,000円（低所得Ⅰ・Ⅱ）	24,600円（低所得Ⅱ）	(エ) 57,600円	(エ) 44,400円	□ 税充当＿＿円
イ．非該当		15,000円（低所得Ⅰ）	(オ) 35,400円	(オ) 24,600円	□ 特疾限度＿＿円

振込先		口座名義人（カタカナ）	種別	口座番号
	農協　本店 銀行　支店 信用金庫　支所 信用組合　出張所		普通 当座	
	□ 前回と同じ口座へ振込			

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日　　住所　砺波市＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主 氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿

砺波市長　あて

電話番号　　－

受付確認欄	負担区分		多数	国保税	第三者行為	受付
	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	該当	完納	該当	
	70歳以上	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	非該当	未納有	非該当	

R1.5～