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	00000000		
療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	砺波　太郎 昭・平・令 28年 1月 1日	砺波　花子 昭・平・令 30年 1月 1日	昭・平・令　　年　　月　　日
個人番号	0000-0000-0000	0000-0000-0000	
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）
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

・被保険者証の記号番号（保険証に記載の８桁の数字）
・対象となる方の氏名、生年月日
・マイナンバー
を記載してください。

支払合計額	自己負担限度額 70才以上 外来（個人）	70才以上 入院＋外来（世帯）	70才未満 3回目まで	70才未満 4回目以降	支給決定額
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	
費用額（　　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,[illegible]（低所得Ⅰ・Ⅱ）	[illegible]円（低所得Ⅰ）		[illegible]400円	☐ 税充当＿＿円
イ．非該当			(オ) 35,400円	(オ) 24,600円	☐ 特疾限度＿＿円

高額療養費の振込先を記載してください。

振込先			口座名義人（カタカナ）	種別	口座番号
	○○ 農協 銀行 信用金庫 信用組合	○○ 本店 支店 支所 出張所	トナミ　タロウ	普通 当座	０００００００
	☐ 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○○町○－○

世帯主 氏名　砺波　太郎

砺波

・申請日
・住所
・「世帯主」の氏名
・電話番号
を記載してください。

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～