

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

被保険者証の記号番号	伊一		一般・退職(本人・扶養)	現役並み・一般・Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ・エ・オ
療養を受けた者の氏名	1	2	3	
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				
続柄				
第三者行為該当	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
傷病名				
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			
病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 入院・通院 日まで 日間	年 月 日から 入院・通院 日まで 日間	年 月 日から 入院・通院 日まで 日間	
病院等で支払った額	円	円	円	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 伊達市 町 番地 氏名 (印) 個人番号 _____ 電話番号 ( )				
<b>【委任状の欄】</b> 住所 氏名 上記申請額の受領を _____ に委任します。 なお、上記の者から私の世帯の状況について照会があった場合、貴職から回答することに同意します。 令和 年 月 日 住所 伊達市 町 番地 氏名 (印)				
支払方法	1. 振込	銀行・金庫	当座・普通	口座番号 _____
	2. 窓口	信金・組合 農協・漁協	本店・支店 本所・支所	(カタカナで) 口座名義人 _____
※審査決定欄	支給申請額	療養に要した費用額	被保険者負担額	支払決定額
	円	世帯合算 有 ・ 無 円…①	1. 現役並み・一般・Ⅱ・Ⅰ 2. ア・イ・ウ・エ・オ 円 + $\left[ \begin{matrix} \text{回数} \\ 267,000 \text{円} \\ \text{①}-558,000 \text{円} \\ 842,000 \text{円} \end{matrix} \right] \times 1\%$ 円…②	$\text{①} \times \left[ \begin{matrix} 10\% \\ 20\% \\ 30\% \end{matrix} \right] - \text{②}$ 円
備考				

※印欄は記入しないでください