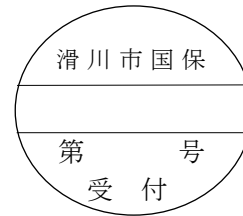


国民健康保険高額療養費支給申請書
(世帯合算用)



滑川市長あて

【令和・平成 年 月診療分】

被保険者証の 被記号番号	療養を受けた被保 険者の氏名及び 生年月日	療養を受けた被保 険者の氏名及び 生年月日	療養を受けた被保 険者の氏名及び 生年月日
	ア	イ	ウ
	大昭 平令 年月日	大昭 平令 年月日	大昭 平令 年月日
個人番号			
被保険者区分	・一般・高齢・退職(本人・被扶)	・一般・高齢・退職(本人・被扶)	・一般・高齢・退職(本人・被扶)
傷病名	別紙明細書添付のとおり	別紙明細書添付のとおり	別紙明細書添付のとおり
療養を受けた 病院、診療所、 薬局等の名称 及び所在地	名称	別紙明細書添付のとおり	別紙明細書添付のとおり
	所在地	別紙明細書添付のとおり	別紙明細書添付のとおり
病院等で療養を 受けた期間	年月日～日 (日間)	年月日～日 (日間)	年月日～日 (日間)
入院・通院の区分	1.入院 2.通院	1.入院 2.通院	1.入院 2.通院
医療機関名及び科名			
病院等に 支払った 金額及び 領収書照合	金額		
	照合		
レセプト審査点数	点	点	点
支給決定額	ア・イ・ウの支払額合計 円		
	ア・イ・ウのレセプト点数合計 点 ・支給決定額 円 ・自己負担限度額 円		
付記			
振込指定 口座 (原則世帯主口座)	銀行 JAアルプス 信用金庫 労働金庫 漁協 <input type="checkbox"/> 前回と同じ口座へ振込	本店 支店 支所 出張所	1. 普通 2. 当座
		口座番号	
		口座名義人	フリガナ

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 滑川市 番地
氏名
(連絡先 - -)

※	負担区分	多数回	国保税	第三者	療養費	長期高額疾病	その他
処理	70歳未満 ア・イ・ウ・エ・オ	該当	完納	該当	有	有	
	70歳以上 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ	非該当	未納	非該当	無	無	

注 ※印欄は記入しないでください。

注 意 事 項

1. この申請書は、次によって作成してください。
 - (1) 暦月ごと、被保険者ごとに作成してください。
 - (2) 療養を受けた**医療機関**ごとに作成してください。

ただし療養を受けた医療機関に医科と歯科があるときは、**医科と歯科を別**に作成してください。
 - (3) 同じ医療機関で、**入院**した期間と**通院**した期間があるときは、別々に作成してください。
2. 療養を受けた期間は、療養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. 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、保険診療とならない特別室料、食事療養標準負担額、歯科で認められている差額徴収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、医療機関で支払った金額を記入し備考欄にその旨を記入してください。
4. 領収書を、この申請書に添付してください。
5. 病院等で診療を受けた際、処方せんの交付を受け、薬局より薬剤の支給を受けたときは、係員にその旨申し出てください。
6. 支給決定及び支払いはおおむね受診した月から3か月以降になります。