記　載　例

※添付書類
医療機関へ支払った領収書

国民健康保険高額療養費支給申請書

年　　月診療分	第三者行為（ 有 ・ 無 ）

被保険者証の記号・番号		生年月日	S・H　・　・	年齢	歳

療養を受けた被保険者名	傷病名	療養を受けた病院等の名称	入院・通院、医科歯科その他の別	一般退職者の別	一部負担として支払った額
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	円
個人番号					
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
個人番号					
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
個人番号					

市町村民税課税の有無	有	無	市町村条例により市町村民税免除の有無	有 ・ 無	高齢受給者負担区分	

高額療養費として前12ヵ月間に支給を受けた該当月に○印を

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主 住　所　歌志内市字本町５番地

氏　名　歌志内　　太郎

個人番号　１２３４　５６７８　９０１２

空知中部広域連合長　三本英司　様

上記の申請金額の受領を　　に委任いたします。

令和　　年　　月　　日　　世帯主 住　所

氏　名

※上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記決定調書のとおりである。

審　査　決　定　額　調　書

療養を受けた被保険者名	療養に要した費用額 Ⓐ	保険者負担額 Ⓑ	一部負担金の額 Ⓒ	他法負担（優先）の額 Ⓓ	自己負担限度額 Ⓔ	差引支給額 Ⓒ−Ⓔ Ⓕ	世帯合算等による算定額（計算式）
計							

受取り希望金融機関名			フリガナ　ウタシナイ　タロウ
歌志内	銀行・農協 金庫・信組	歌志内	本店・支店 本所・支所	普通 当座 貯蓄	口座名義人　歌志内　太郎
					口座番号　1　1　1　1　1　1　1