様式第45号(第32条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

　　年　　　月　　　日

(宛先)白岡市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 個人番号 |  |
| (世帯主) | 住所 |  |
|  |  |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 電話 | （　　　）　　　　　番 |

　　年　　月　診療分を下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者証の記号・番号 | |  |  | | |  | | |
|  | 療養を受けた被保険者の個人番号 | |  |  | | |  | | |
|  | 療養を受けた  被保険者の氏名 | |  |  | | |  | | |
|  | 療養を受けた被保険者の生年月日 | | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 | | |
|  | 療養を受けた被保険者の区分 | |  |  | | |  | | |
|  | 世帯主（組合員）との続柄 | |  |  | | |  | | |
|  | 傷病名 | |  |  | | |  | | |
|  | 発症又は傷病の理由 | | 1:第三者行為（交通事故等）  2:業務上の災害(通勤災害等)  3:その他（自損事故・疾病等） | 1:第三者行為（交通事故等）  2:業務上の災害(通勤災害等)  3:その他（自損事故・疾病等） | | | 1:第三者行為（交通事故等）  2:業務上の災害(通勤災害等)  3:その他（自損事故・疾病等） | | |
|  | 診療を受けた病院・診療所等の名称・所在地 | 名称 |  |  | | |  | | |
| 所在地 |  |  | | |  | | |
|  | 診療科目、入院・通院等の区分 | |  |  | | |  | | |
|  | ⑨の病院等で療養を受けた期間 | | 年　月　日から  同月　日まで  日間 | 年　月　日から  同月　日まで  日間 | | | 年　月　日から  同月　日まで  日間 | | |
|  | ⑪の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | | 円  （　　　　　　　） | 円  （　　　　　　　） | | | 円  （　　　　　　　） | | |
|  | 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか | | 受けられる  （制度名　　　　　　　）  （費用徴収の　　有・無　）  受けられない | 受けられる  （制度名　　　　　　　）  （費用徴収の　　有・無　）  受けられない | | | 受けられる  （制度名　　　　　　　）  （費用徴収の　　有・無　）  受けられない | | |
|  | 今回申請の診療月以前１年間に  高額療養費を支給されている月  数が３月以上（※）あるときは  その直近３月の診療月 | | １　　　　年　　月診療分  ２　　　　年　　月診療分  ３　　　　年　　月診療分 | 世帯（所得）  区分 | 70歳以上75歳未満 |  | | 世帯全体 |  |
| 振込先金融機関名 | | | 銀　行　　　　　　　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | |
| 銀行コード |  | | | | | |
| 預金種目及び口座番号 | | | 普通・当座・　その他（　　　　）預金　　　第　　　　　　　　　　号 | | | | | | |
| フリガナ  名義人（世帯主） | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺い | 支給決定年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 整理番号 |  |  |
| 世帯最終支給額 | Ａ | 円 |
| 既支給決定額 | Ｂ | 円 |
| 差引支給額 | Ａ－Ｂ | 円 |

※70歳以上の方の外来のみは回数に含めません。