

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	島21―						世帯主名								
療養を受けた者の氏名															
生 年 月 日	年 月 日					年 月 日					年 月 日				
個 人 番 号															
療 養 を 受 け た 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)					年 月 日～ 年 月 日 (日間)					年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
病院等に支払った金額	円					円					円				
傷 病 名	別紙診療報酬明細書の通り					別紙診療報酬明細書の通り					別紙診療報酬明細書の通り				
病 院 等 の 名 称	別紙診療報酬明細書の通り					別紙診療報酬明細書の通り					別紙診療報酬明細書の通り				
他制度より一部負担金の 支給を受けられるか否か	1. 受けられる 2. 受けられない 制度名() 費用の徴収 有 ・ 無					1. 受けられる 2. 受けられない 制度名() 費用の徴収 有 ・ 無					1. 受けられる 2. 受けられない 制度名() 費用の徴収 有 ・ 無				
今回申請の診療月以前1 年間に3回以上高額療養 費を受けた場合、その直 近の診療月及び氏名	診 療 月	1 回 年 月診療				2 回 年 月診療				3 回 年 月診療					
	氏 名														
口座振替先金融機関 及 び 口 座 名 義	農 協 銀 行 信用組合 信用金庫					本店 支店 本所 支所		フリガナ							
								口座名義							
	種目	1. 普通 2. 当座 3. ()				口座番号									
上記のとおり関係書類を添えて高額療養費を申請します。															
大玉村長 様															
令和 年 月 日															
住 所 大玉村 字															
世帯主															
氏 名															

支 給 額 内 訳	円× %＝A 円						1%該当 有・無		
支 払 決 定 額	A－(+B)＝ 円						B 円		
処 理	高 額 区 分				税区分	特別調整	支 給 台 帳 整 理		
	1 世帯合算		2	3	4	上位所得課税 一般課税 非課税	有 ・ 無	年 月 日	担当者
	①多数 該当分	②その他	多数 該当分	長期 疾病分	その他				

(委 任 状)

私は、を代理人と定め、次の権限を委任する。

令和年月日に申請した高額療養費受領に関すること。

世帯主の住所 _____

世帯主の氏名 _____

代理人の住所 _____

代理人の氏名 _____