

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

(            年            月診療分)

受付 No	受付者印

(入院・外来)・義務教育就学前・世帯合算

資格	一般・退職本人・退職扶養
70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
70歳以上	一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ
支払方法	口座      現金

(            回目      多数該当 )

申請人が記入するところ	① 記号 番号	さ保	② 治療を受けた 被保険者の氏名 生 年 月 日	年 月 日	③ 世帯主 との続柄		
					⑨ 個人番号		
	④ 傷            病            名		別紙のとおり				
	⑤ 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				
	⑥ ⑤の病院等で療養を 受            け            た            期            間		年            月            日	から	同 月	日	まで
	⑦ ⑥の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額		円				
⑧ 備            考							

上記のとおり申請します。

年    月    日

世帯主 住所	世帯主 住所
氏名	氏名
	印
	電話番号    —            —

さつま町長 殿

個人番号															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(注) 1. この申請書は、次によって作成してください。 第三者行為(有・無)

- (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に内科と歯科があるときは、別々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. ⑥の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. ⑦の病院等で支払った額は、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、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、医療機関等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. 領収書の写しを、この申請書に添付してください。