

整理番号		区分	一般・退職・混合
------	--	----	----------

決 済 欄			
課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険高額療養費支給申請書

東峰村長 澁谷博昭 殿

(平成 年 月 診療分)

申請年月日 平成 年 月 日

朝倉郡東峰村大字 番地

世帯主氏名 印

個人番号

次のとおり申請します。 被保険者証の記号番号

療養を受けた者の氏名・性別 生年月日 国保資格区分	① 男 女 大・昭・平 年 月 日 一般・退職本人・退職家族	② 男 女 大・昭・平 年 月 日 一般・退職本人・退職家族	③ 男 女 大・昭・平 年 月 日 一般・退職本人・退職家族
個人番号			
療養を受けた医療機関の名称 所在地			
病院等で支払った金額 入院・外来・交通事故の有・無	円 入院・外来 交通事故	円 入院・外来 交通事故	円 入院・外来 交通事故
他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるか。	受けられる (制度名 ) (費用徴収額 円) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収額 円) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収額 円) 受けられない
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、直近の月から記入ください。			①②③の支払い額計
平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	円
振込先金融機関	銀行 農協	支店 口座 番号	TEL

上記のものについて下記のとおり決定してよろしいか

課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 上位以外世帯 <input type="checkbox"/> 上位世帯	過去1年間の高額療養費支給回数	<input type="checkbox"/> 4回以上 <input type="checkbox"/> 4回未満
高額療養費算定基礎	療養に要した費用額 A	一部負担金 A × 30% B	公費費用徴収額 C
			自己負担額 D
			高額療養費支給決定額 (B-C-D)
①			
②			
③			
計			
高額療養費貸付額	円	支払通知年月日	平成 年 月 日
差引支給額	円	支給年月日	平成 年 月 日
		保険料	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納

(自己負担額計算書)

901万円超	費用額(A)	(A-842,000円) × 1%の額①	自己負担基礎額②	自己負担合計額③
			252,600	
600万円超 901万円以下	費用額(A)	(A-558,000円) × 1%の額①	自己負担基礎額②	自己負担合計額③
			167,400	
210万円超 600万円以下	費用額(A)	(A-267,000円) × 1%の額①	自己負担基礎額②	自己負担合計額③
			80,100	