

課長		班長		係長		係員	
----	--	----	--	----	--	----	--

国民健康保険高額療養費支給申請書・支給決定伺

(平成 年 月 診療分)

①日保険者証の 記号・番号		島47-		②世帯主 氏 名			
③療養対象者の氏名		1		2		3	
④生 年 月 日		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	
⑤被保険者等区分		① 一般	②退職 者本人	③退職者 被扶養者	① 一般	②退職 者本人	③退職者 被扶養者
⑥傷 病 名							
⑦医療機関等の 名称・所在地		名称 所在地					
⑧ ⑦の医療機関で 治療を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
⑨ ⑧の期間中に支 払った金額		円		円		円	
⑩第三者行為による ものか		☐ はい ☐ いいえ					
備考			口座 振込	金融機関 口座番号	普通預金		
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 住所 会津坂下町 世帯主 氏名 会津坂下町長様 (電話 -)							
伺 年 月 日		平成 年 月 日		決 裁 年 月 日		平成 年 月 日	
この申請書の内容を検討したところ適法と認められるので、 高額療養費として 円を支給してよいか伺います。							
支給決定 通知年月日		平成 年 月 日		支 給 年 月 日		平成 年 月 日	
※ 処 理	高 額 区 分		税区分	前期高齢	特例調整	支給台帳処理	
	1世帯合算 ①多数 該当分	2 多 数 該当分	3 長 期 疾病分	4 その他	上位 課 税 非課税	一定以上 一 般 低所得Ⅱ 低所得Ⅰ	有 ・ 無
						年月日	担当者
						・ ・	

※過去12カ月間に、同じ世帯での支給が4回以上あった場合、4回目以降は限度額が変更になります。

※印欄は、申請者の記入は必要ありません。

(裏)

(注)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑧欄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 ⑨欄の病院等に支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療にならない特別室料・歯科で認められている差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全額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 4 ⑩欄が“はい”の場合は第三者行為による被害届も提出してください。
- 5 領収書があれば、申請書に添付してください。
- 6 高額療養費の支払いは、医療機関が国保連合会に請求する診療報酬請求明細書に基づいて支払うこととなりますが、その請求書が町に送付されるのは、診療を受けた月から約2カ月後となります。そのため、この申請による支払いは、診療を受けた月から約3～4カ月後となりますのでご了承ください。