**国民健康保険高額療養費支給申請書**

氷川町長　藤本　一臣　様

申請書（世帯主）

・個人番号

・住所

・氏名

・電話

・被保険者証記号　　氷川

・被保険者証番号

令和　　年　　月診療分を下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 被保険者の記号・番号 | | 氷川― | | | | | | | | | | | | 氷川― | | | | | | | | | | | | 氷川― | | | | | | | | | | | |
| 1. 被保険者の個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 1. 一般・退職の区分 | | 一般 | | | | | | | | | | | | 一般 | | | | | | | | | | | | 一般 | | | | | | | | | | | |
| 1. 世帯主（組合員）との続柄 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. 傷病名 | | レセプト記載のとおり | | | | | | | | | | | | レセプト記載のとおり | | | | | | | | | | | | レセプト記載のとおり | | | | | | | | | | | |
| 1. 発症又は負傷の理由 | | 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） | | | | | | | | | | | |
| 1. 病院等の名称及び　所在地 | 名称 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 領収書（写し）のとおり | | | | | | | | | | | | 領収書（写し）のとおり | | | | | | | | | | | | 領収書（写し）のとおり | | | | | | | | | | | |
| 1. 医療費・療養費等の区分 | | 国保・（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | 国保・（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | 国保・（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 1. 入院・外来の区分 | | 入院　・　入院外 | | | | | | | | | | | | 入院　・　入院外 | | | | | | | | | | | | 入院　・　入院外 | | | | | | | | | | | |
| 1. (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 | | | | | | | | | | | |
| 1. 病院等で支払った金額 | | 円 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 1. 今回申請の診療年月以前１年間に高額療養費の支給を３回以上受けたときはその直近の診療年月 | | 令和　　　年　　　月  令和　　　年　　　月  令和　　　年　　　月 | | | | | | | | | | | | 課税区分  (世帯全体) | | | | | |  | | | | | | 課税区分  (70歳以上) | | | | | |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 国保世帯支給額 | 円 |
| 既支給決定額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定額 | 円 | ― | 調整額等（合計） | 円 | ＝ | 世帯差引支給額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払方法 | | | | | | |
| 窓口払い | | 口座振込 | | | | |
| 支払場所 | 氷川町役場　出納室 | 振込先 | 金融機関 | 銀行・信用組合  農協・（　　　　） | | |
| 支店・支所  出張所 | | |
| 支払期間 | ＊＊＊＊＊＊＊ | 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人  （カナ） |  | | |
| （世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名をしてください。）  上記名義人口座への振込を了承します。　　　　世帯主氏名 | | | |  | | |