

国民健康保険高額療養費支給申請書
(年 月 診療分)

整理番号		保険証 記号番号	安曇野		世帯 区分	
作成年月	年 月					
交通事故等の第三者行為の有無						
区分	氏名	生年月日 個人番号	医療機関等 名称	入 外	傷 病 名	療養を受けた 期間
		年 月 日			別紙のと おり	月 日から 月 日まで
		年 月 日			別紙のと おり	月 日から 月 日まで
		年 月 日			別紙のと おり	月 日から 月 日まで
		年 月 日			別紙のと おり	月 日から 月 日まで
		年 月 日			別紙のと おり	月 日から 月 日まで
						① 合計

(高齢者分に係る高額療養費)	負担 区分				
②外来合計	円	③合算合計	円	④現物給 付額	円
					⑤高齢者分計 (②+③-④)

(世帯合算分高額療養費)					
⑥ 世帯高額療養 費算定基準額	・定額分 円	・医療費の1%負担分 円	⑦現物支給額		
⑧ 世帯合算分高額療養費の額 (①-②-③-⑥-調整)			⑨ 特 例 限 度 額 支 給 額		
			円		
			円		
今回申請の診療月以前1 年間に高額療養費の支給を 3回以上受けた場合その直 近の診療年月	1. 年 月 診療分	既 支 給	一般	円	支 給 決 定
	2. 年 月 診療分	給	退職者	円	円
	3. 年 月 診療分	済	計	円	円

上記のとおり、高額療養費に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

申請者 (世帯主)

住 所

氏 名

電話番号

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

口座振替金 融機関	銀行 信金 信組 農協	支店 支所	口座名 義人	フリガナ 氏 名	
			口座 種別	普通 当座	口座 番号
委 任 状	(※ 世帯主と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印をしてください。) 国民健康保険高額療養費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 申請者(世帯主) 氏名 _____				