

国民健康保険高額療養費支給申請書

様

【世帯主又は申請者】

記号番号	
氏名	
住所	大町町大字
個人番号	
電話番号	

【問合せ先】

大町町役場 町民課 国民健康保険・国民年金係
電話 : 0952-82-3114

令和 年 月 診療分の高額療養費について、下記のとおり申請します。

申請日	:	令和 年 月 日
-----	---	----------

記

●高額療養費の算定結果

診療年月		令和 年 月		算定年月		令和 年 月		
記号番号		世帯主名		住所				
支給額		所得区分 (70歳以上)		所得区分 (世帯)				
70歳以上高額療養費	外来のみ	自己負担合計額(A)		円	国保世帯 高額療養費	70歳未満自己負担額(F)		円
		自己負担限度額(B)		円		自己負担合計額 (E+F)※E=0の場合(D+F)		円
		支給額		円		自己負担限度額		円
	世帯高年齢者 合算	入院のみ自己負担額(c)		円		支給額		円
		自己負担合計額(D) (B+C)※B=0の場合(A+C)		円	世帯支給合計額(G)		円	
		自己負担限度額(E)		円	支給済額(H)		円	
		支給額		円	調整額等(I)		円	
	交通事故等の第三者行為 有 ・ 無					支給決定額(G-(H+I)		円

高額療養費の支給は、基本的に口座振り込みとなりますので、振込先の口座をご記入ください。

振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カナ)
			普通・当座		

※ 世帯主以外の口座名義を指定される場合は、以下の世帯主からの委任状が必要になります。

【委任状】 (世帯主以外の口座を振込口座にする場合)
私は、 _____ を代理人として、国民健康保険高額療養費の受領等に関する権限を委任します。
委任者(世帯主)の氏名 _____

※ 赤い の枠内(申請者の氏名等、振込口座)の記入をお願いします。

※ 高額療養費の支給日は毎月25日(土、日、祝日の場合は翌開庁日)となります。

直近の支給日である 令和5年5月25日(木) の支給には、 令和5年5月1日(月) までに申請が必要となります。
令和5年5月1日(月) を過ぎた場合は、翌月以降の支給日となりますのでご了承ください。

●個人、医療機関ごとの明細書については裏面をご覧ください。

●個人毎、医療機関ごとの明細

	診療を受けた者	一般 高齢 区分	療養等を受けた 医療機関名称	入外 区分	受診日数	医療費情報	
						総点数	窓口支払額
1					日	点	円
2					日	点	円
3					日	点	円
4					日	点	円
5					日	点	円
6					日	点	円
7					日	点	円
8					日	点	円
9					日	点	円
10					日	点	円
11					日	点	円
12					日	点	円
13					日	点	円
14					日	点	円
15					日	点	円
16					日	点	円
17					日	点	円
18					日	点	円
19					日	点	円
20					日	点	円
21					日	点	円
22					日	点	円
23					日	点	円
24					日	点	円
25					日	点	円
26					日	点	円
27					日	点	円
28					日	点	円
29					日	点	円
30					日	点	円
31					日	点	円

- ※1 医療機関等での支払額は四捨五入となるため、窓口支払額の10円未満の端数については自己負担額と若干の差異があります。
- ※2 前月までに、医療機関より請求された診療報酬明細書(レセプト)により算定しています。医療機関等の請求が遅れている場合は、提出された翌月以降に再算定を行います。