

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者の記号番号		当 別		整 理 番 号		
① 療養を受けた	住 所	石狩郡当別町			世帯主との続柄	男・女
被保険者名		氏 名	生 年 月 日 昭・平・令		年 月 日	
			個 人 番 号			
② 傷病名	別添診療報酬明細書記載のとおり	③ 診療を受けた期間と日数	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 (日間)			
④ 療養を受けた病院、診療所、薬局、 その他の者の名称及び所在地		所在地	傷病原因		<input type="checkbox"/> 一般傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	
		名 称				
⑤ ③の期間に受けた療養に対し病院等に支払った額			金 円			
⑥ 高額療養費の支給を受ける保険給付の区分		法第36条(療養の給付) 法第54条(療養費) 法第56条(差額支給)	⑦ 科 別 (入院・入院外別)	医科・歯科 (入院・入院外)		
上記のとおり申請します。						
令和 年 月 日		世帯主	住所 石狩郡当別町			
			電話 ()			
当別町長 殿			氏名			
			個人番号			
上記の申請金額の受領を ⑧ に委任します。						
世帯主		住所 石狩郡当別町	電話 ()			
			氏名		⑧	
※ 上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記調書のとおり。						
調書	審 査 決 定 額					
	療養に要した費用 円	保険者負担額 円	(申請額 ②) 一部負担額 ① 円 ()	自己負担額 ③ 円	④ - ③ I 円	⑤ - ③ II 円
支給金額		金	百	千	円	IかIIのいずれか低い金額
支給先	本人	円	上位所得者		多数該当	回
	福祉	円	一般		世帯合算	
	病院	円	非課税		前期高齢者	
金融機関名	1. 北海道銀行	4. JA北石狩本所	A. 当別支店		フリガナ 口座名義人	
	2. 北洋銀行	5. ゆうちょ銀行	B. 支店		口座番号	
	3. 北海道信用金庫	6. 銀行 (信用金庫)	振込年月日		決定年月日	

記入例

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和〇〇年〇〇月診療分)

被保険者の記号番号	当別	〇〇〇〇〇〇	整理番号				
① 療養を受けた住所	石狩郡当別町	〇〇町〇〇番地〇〇	世帯主との続柄	妻	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
被保険者名	氏名	当別 花子	生年月日	昭平・令	〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
② 傷病名	別添診療報酬明細書記載のとおり	③ 診療を受けた期間と日数	自令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	至令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇 日間)	
④ 療養を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地	所在地	当別町〇〇町〇〇番地	傷病原因	<input checked="" type="checkbox"/> 一般傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為			
⑤ ③の期間に受けた療養に対し病院等に支払った額	金	〇〇, 〇〇〇	円				
⑥ 高額療養費の支給を受ける保険給付の区分	法第36条(療養の給付) 法第54条(療養費) 法第56条(差額支給)	⑦ 科別(入院・入院外別)	医科・ <input checked="" type="radio"/> 歯科 (<input checked="" type="radio"/> 入院・ <input type="radio"/> 入院外)				
上記のとおり申請します。							
令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	世帯主 住所	石狩郡当別町	〇〇町〇〇番地			
		電話	0133 (〇〇) 〇〇〇〇				
当別町長	殿	氏名	当別 太郎				
		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
上記の申請金額の受領を				㊞に委任します。			
世帯主	住所	石狩郡当別町	電話				
			氏名	㊞			
※ 上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記調書のとおり。							
調書	審査決定額						
	療養に要した費用	保険者負担額	(申請額㊸)一部負担額㊹	自己負担額㊺	㊸ - ㊺ I	㊹ - ㊺ II	
	円	円	円	円	円	円	
支給金額							
金	百		千		円	IかIIのいずれか低い金額	
支給先	本人	円		上位所得者	多数該当	回	
	福祉	円		一般	世帯合算		
	病院	円		非課税	前期高齢者		
金融機関名	1. 北海道銀行	4. JA北石狩本所	A. 当別支店	フリガナ	口座名義人		
	2. 北洋銀行	5. ゆうちょ銀行	B. 支店	口座番号			
	3. 北海道信用金庫	6. 銀行	(信用金庫)	振込年月日	決定年月日		

高額療養費等振込口座申出書

当別町長 様

高額療養費等を下記の口座に振り込み願います。

記

銀行名 : 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協

支店名 : 支店

番号 :

--	--	--	--	--	--	--

口座名義 (世帯主名・フリガナ)

令和 年 月 日

(届出人名)

住所

氏名

高額療養費等振込口座申出書

当別町長 様

高額療養費等を下記の口座に振り込み願います。

記

銀行名 : ○○ **銀行** ・ 信用金庫 ・ 農協

支店名 : ○○ 支店

番号 :

○	○	○	○	○	○	○
---	---	---	---	---	---	---

口座名義 (世帯主名・フリガナ)

トウベツ タロウ
当別 太郎

令和 ○○年 ○○月 ○○日

(届出人名)

住所 **当別町○○町○○番地○○**

氏名 **当別 太郎**