

高額療養費支給申請書〔平成 年 月診療分〕

被保険者証 の記号・番号	島39 -						世帯主 氏名						
療養を受けた者の 氏名													
生年月日	S・H 年 月 日			S・H 年 月 日			S・H 年 月 日						
被保険者等 区分	1 一般	2 退職本人	3 退職被扶養	1 一般	2 退職本人	3 退職被扶養	1 一般	2 退職本人	3 退職被扶養				
高齢受給者 区分	1 該当	2 非該当			1 該当	2 非該当	1 該当	2 非該当					
病院・診療所 名称 薬局等の名称・ 所在地	名称												
	所在地												
の病院等で療養を 受けた期間	平 年 月 日から 月 日まで (日間)			平 年 月 日から 月 日まで (日間)			平 年 月 日から 月 日まで (日間)						
の期間中に病院等 に支払った金額	円						円						
他の制度により一部 負担金の全額又は一 部について支給が受 けられるかどうか	1 受けられる (制度名)			1 受けられる (制度名)			1 受けられる (制度名)						
	2 受けられない			2 受けられない			2 受けられない						

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店	種 目	口座番号			
		支店	1 普通預金				
		支所	2 当座預金				
			3 その他				
	金融機関コード		店舗コード				
	口座名義人						

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所 猪苗代町 字

世帯主

氏名

印

電話 () -

猪苗代町長 様

(注)

1. 申請書は、診療月ごとに作成してください。
2. 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. 欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料・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. 欄は他の制度により、一部負担金の全部または一部について支給が受けられるかどうかについて該当する方に 印をつけ、受けられる場合は該当する制度名を記入してください。
5. 領収書もしくは支払証明書を申請書に添付してください。

ここから以下の欄は、申請者は記入の必要ありません。

処 理	高 額 区 分					税 区 分	特例調整	
	70歳以上対象者分		世帯合算分		多 数 該 当 分	そ の 他	上 位 一 定 以 上	有 ・ 無
	外 来	70歳以上合算分		多 数 該 当 分			そ の 他	
		多 数 該 当	そ の 他		非 課 税			
	費 用 額	保 険 者 負 担 分	一 部 負 担 分	被 保 険 者 負 担 分	未 請 求 分	支 給 決 定 額		
円	円	円	円	円	円			