

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 診療分

	被保険者記号番号 個人番号 保険種別／負担割合	氏 名 生 年 月 日	療養を受けた医療機関等 名 称 療養を受けた医療機関等 所在地 療養を受けた期間	自己負担額 (円)	他の制度より自 己負担額の支 給を受けたか
1	確 認 済 一般・退職／1・2・3	年 月 日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (日間)		制度名
2	確 認 済 一般・退職／1・2・3	年 月 日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (日間)		制度名
3	確 認 済 一般・退職／1・2・3	年 月 日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (日間)		制度名
4	確 認 済 一般・退職／1・2・3	年 月 日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (日間)		制度名
5	確 認 済 一般・退職／1・2・3	年 月 日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (日間)		制度名

【受取方法】 希望の受取方法の□にチェックを入れてください。

- ☐ 窓口受取
- ☐ マイナンバーカードにて登録した公金受取口座を利用（口座情報の記入不要）
- ☐ 下記の口座への振込

※口座名義人が世帯主ではない場合、別紙「委任状」が必要です。

	銀 行		本 店	普通	フリガナ	
	信用金庫		支 店		口座名義人	
	労働金庫		支 所		口座番号	
	農 協		出張所	当座		

上記のとおり申請します。また、高額療養費支給後に支給額が変更されるなどして過誤が生じたときは、それ以降の高額療養費の支給がある場合、その支給額から過誤を調整することに同意します。

四万十市長 様 令和 年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

(申請者) 電話番号

個人番号

過去1年間における 高 額 支 給 回 数	自己負担 限 度 額	69 歳以下	70 歳以上 74 歳以下	
			外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
(今回申請を含めて) 回	上位 所得	<input type="checkbox"/> ア 252,600+(総医療費-842,000)×1% <input type="checkbox"/> 140,100 (多数該当) <input type="checkbox"/> イ 167,400+(総医療費-558,000)×1% <input type="checkbox"/> 93,000 (多数該当) <input type="checkbox"/> ウ 80,100+(総医療費-267,000)×1% <input type="checkbox"/> 44,400 (多数該当)	<input type="checkbox"/> III 252,600+(総医療費-842,000)×1% <input type="checkbox"/> 140,100 (多数該当) <input type="checkbox"/> II 167,400+(総医療費-558,000)×1% <input type="checkbox"/> 93,000 (多数該当) <input type="checkbox"/> I 80,100+(総医療費-267,000)×1% <input type="checkbox"/> 44,400 (多数該当)	
審査後の自己負担額合計	一般	<input type="checkbox"/> エ 57,600 <input type="checkbox"/> 44,400 (多数該当)	<input type="checkbox"/> 18,000	<input type="checkbox"/> 57,600 <input type="checkbox"/> 44,400 (多数該当)
円	非課税	<input type="checkbox"/> オ 35,400 <input type="checkbox"/> 24,600 (多数該当)	<input type="checkbox"/> 区分II 8,000 <input type="checkbox"/> 区分I 8,000	<input type="checkbox"/> 区分II 24,600 <input type="checkbox"/> 区分I 15,000
高額療養費支給決定額	一般	退職	合計	円
備考				

世帯番号