

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

国民健康保険高額療養費支給申請書

※太枠の部分すべて記入の上、必要書類を添付してご提出下さい。

①被保険者証の 記号・番号	記号	福医	番号	組合員 氏名
②個人番号	③診療年月			年 月
④所得区分	ア 901万円超		イ 600万超901万円	ウ 210万超600万円
	エ 210万円以下		オ 非課税	
⑤療養を受けた者の 氏名・性別 生年月日	1. 男・女 昭・平 年 月 日	2. 男・女 昭・平 年 月 日	3. 男・女 昭・平 年 月 日	
⑥療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称	所在地		
⑦病院等で支払った額	円		円	
⑧入院・外来の別 及び交通事故の有無	入院・外来 交通事故 (有・無)	入院・外来 交通事故 (有・無)	入院・外来 交通事故 (有・無)	
⑨国保以外の他の制度 により自己負担額相当 額またはその一部の 支給を受けられるか どうか	<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収額) <input type="radio"/> 受けられない	<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収額) <input type="radio"/> 受けられない	<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収額) <input type="radio"/> 受けられない	
⑩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、 直近の月から記入して下さい。				1. 2. 3. の支払額合計
平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	円	
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 提出 〒 - TEL () - 住所 組合員 氏名 印 福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿				

⑪振込先	銀行 信用金庫		本店 支店	預金種別	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄
	口座名義	(フリガナ)		口座番号	

高額療養費算定基礎	費用額	自己負担額	自己負担限度額 (第 回目)	高額療養費 支給決定額
	円	円		
	円	円	円	円

受付日付印