

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	0	3	番号	1	2	3	4	0	0	0	組合員氏名	国保 太郎			
②個人番号	1	2	3	4	×	×	×	×	×	×	×	×	③診療年月	〇〇 年 〇〇 月			
④所得区分	70歳未満の方		ウ 210万以上		70歳以上の方		・現役並みⅠ 145万以上										
	ア 901万以上		エ 210万以下		・現役並みⅢ 690万以上		・一般 145万以下										
		イ 600万以上		オ 非課税		・現役並みⅡ 380万以上		・低所得者Ⅰ・Ⅱ 非課税									
⑤療養を受けた者の氏名・性別 生年月日	1. 国保 太郎		男		2.		男		3.		男						
	昭・平 〇〇年〇月〇日		女		昭・平 年 月 日		女		昭・平 年 月 日		女						
⑥療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称	〇〇病院															
	所在地	〇〇〇〇〇〇															
⑦病院等で支払った額	〇〇〇, 〇〇〇 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 checked="" 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		<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 〇〇年〇〇月診療分	平成 年 月診療分	平成 年 月診療分													〇〇〇〇〇円		
上記のとおり申請します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出 〒812-0016 TEL (092) 431-1987 住所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 組合員 氏名 国保 太郎 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

