国民健康保険高額療養費支給申請書

① 被保険者証の 記号・番号	② 療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月日 及び個人番号	③ 世帯主 との続柄
④ 傷 病 名		
⑤ 療養を受けた病院 ・診療所・薬局等 の名称及び所在地	名 称	
	所 在 地	
⑥ ⑤の病院等で療養 を受けた期間	日間	
⑦ ⑥の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額	円	支給決定額 円
		貸付確定額 円
⑧ 備 考	回 目	
上記のとおり申請します。受領については、次の口座へ振込を依頼します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 南九州市長 様		
振 込 先	預金種別	口 座 番 号
銀行 金庫 農協	本店・支店 本所・支所 出張所	口 座 名 義 人 (7桁)

上記高額療養費の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 氏名 電話番号 住所 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 南九州市長 様	
---	--

- (注) 1. この申請書は、次によって作成してください。
- (1) 暦月ごと、被保険者ごとに作成してください。
 - (2) 療養を受けた医療機関に医科と歯科があるときは、医科と歯科別に作成してください。
 - (3) 同じ医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成してください。
 2. ⑥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. ⑦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徴収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金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
 4. 領収書を、この申請書に添付してください。

【確認】 1：第三者行為	2：業務上の災害	3：その他（自損事故・疾病等）
--------------	----------	-----------------