国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者 記号番号		令和　　年　　月診療分		
療養を受けた 被保険者①	ふりがな 氏　名	生年 月日	昭和・平成・令和 年　　月　　日生	傷病名
		個人 番号		

他制度による自己負担相当額またはその一部の支給の有無

支給を受けている（制度名：　　）（費用徴収の　有　・　無　）

支給を受けていない

発病又は 負傷の理由	1．病気　　2．交通事故（相手あり・相手なし）　　3．その他（

療養を受けた医療機関等		療養期間 （入院期間、通院日数等）	支払った金額 （自費分を除く）	保険適用外・備考
① 入院 ・通院 ・調剤 ・歯科 ・柔整				
② 入院 ・通院 ・調剤 ・歯科 ・柔整				
③ 入院 ・通院 ・調剤 ・歯科 ・柔整				

療養を受けた 被保険者②	ふりがな 氏　名	生年 月日	昭和・平成・令和 年　　月　　日生	傷病名
		個人 番号		

療養を受けた医療機関等		療養期間 （入院期間、通院日数等）	支払った金額 （自費分を除く）	保険適用外・備考
① 入院 ・通院 ・調剤 ・歯科 ・柔整				
② 入院 ・通院 ・調剤 ・歯科 ・柔整				
③ 入院 ・通院 ・調剤 ・歯科 ・柔整				

支払った額の合計（自費分・食事代を除く）　　円

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。なお、決定額については下記の口座にお振込みください。

令和　　年　　月　　日

住　所　兵庫県淡路市

世帯主名

個人番号

電話番号

淡路市長殿

口座振込指定金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義人（世帯主）
		普通 当座		

※ 記入上の注意

・月の一日から末日までの診療月ごとに領収書をまとめ、申請書に記入してください。
病院ごと、入院、通院別々に記入してください。（申請書は1ヶ月につき一枚です。）

・申請の際には領収書を必ず添付し、認め印を押印の上、提出してください。

・事故等の場合は、必ず先に事故届を提出してください。

本人確認欄 （職員記載）	・マイナンバーカード ・運転免許証　（　　） ・その他　　（　　）