

高額療養費支給申請書										平成	年	月	診療分
被保険者証 の記号・番号		島4—			世帯主 氏名								
療養を受けた者の 氏名		1			2			3					
生年月日		昭和 平成 年 月 日			昭和 平成 年 月 日			昭和 平成 年 月 日					
高齢者該当の有無		1 該当 2 非該当			1 該当 2 非該当			1 該当 2 非該当					
被保険者等 の区分		1 一般 2 本人 3 被扶養者			1 一般 2 本人 3 被扶養者			1 一般 2 本人 3 被扶養者					
入院・外来区分		1 入院 2 外来			1 入院 2 外来			1 入院 2 外来					
病院・診療所、薬 局等の名称所在地		別添領収書記載のとおり											
の病院等で療 養を受けた期間		平成 年 月 日から 日まで()日間			平成 年 月 日から 日まで()日間			平成 年 月 日から 日まで()日間					
の期間中に病院 等に支払った金額		保険診療分(10円未満四捨五入) 円			円			円					
他の制度により一部 負担金の全額又は一 部について支給が受 けられるかどうか		1 受けられる 制度名 () 2 受けられない			1 受けられる 制度名 () 2 受けられない			1 受けられる 制度名 () 2 受けられない					
で受けられる場 合費用徴収の有無		有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無					
今回申請の診療月以前 1年間に3回以上高額療 養費を受けた場合、その 直近の診療年月及び氏名		診療 月	1回 平成 年 月 診療		2回 平成 年 月 診療		3回 平成 年 月 診療						
		氏名											
備 考	世帯主 振込 口座		金融機関名				銀行・農協 本店 信金・信組 支店						
			口座番号				種別						
			口座名義(妨妨)				・普通 ・当座						
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>平成 年 月 日 円 962 -</p> <p style="text-align: center;">住所 須賀川市 世帯主 氏名 印</p> <p style="text-align: right;">(電話 -)</p> <p>須賀川市長 様</p>													
処 理 区 分							判 定 区 分						
一 般	1 世帯合算		2	3	1 世帯合算		2	1 一般		2 高齢者			
	多数 該当分	その他	多数 該当分	その他	多数 該当分	その他	外 来	課税 非課税 上位所得		一 般 一 定 以 上 低 低			

申請にあたっては裏面を参照してください。なお、印欄は記入の必要はありません。

第12号様式（裏）

（注）

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 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 欄の病院等に支払った額は、支払った額のうち、保険診療分のみ（食事療養を除く）を記入し、保険診療外の治療代や室料差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全額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 4 欄は、他の制度により、一部負担金の全部又は一部について支給が受けられるかどうかについて該当する方に印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的制度名）を記入してください。

ア 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給
イ 児童福祉法の規定による育成医療又は入所措置等に係る医療の給付
ウ 予防接種法の規定による医療費の支給
エ 身体障害者福祉法の規定による厚生医療又は厚生医療に要する費用の支給
オ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
カ 結核予防法の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
キ 麻薬及び向精神薬取締法の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
ク 母子保健法の規定による養育医療又は養育医療に要する費用の支給
ケ 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法の規定による医療費の支給
コ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の規定による医療費の支給
クサ 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特例措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給
シ 特定疾患治療研究事業に係る医療の給付
ス 小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付
セ 毒ガス障害者救済対策事業による医療費の支給
ソ 知的障害者福祉法による入所措置等に係る医療の給付
タ 進行性筋萎縮症患者療養等給付事業による給付
チ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業による給付
ツ その他

- 5 欄は、今回申請の診療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。
- 6 医療機関の窓口で支払った医療費の領収書を添付してください。

持参するもの

- 1 . 本申請書
- 2 . 印章（認印）
- 3 . 国民健康保険証
- 4 . 世帯主の方の預金通帳（郵便局以外）
- 5 . 領収書（診療月分）