

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								
	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		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日		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	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	○ 受けられる (制度名) (費用徴収額)		○ 受けられない		○ 受けられる (制度名) (費用徴収額)		○ 受けられない		○ 受けられる (制度名) (費用徴収額)		○ 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

