

高額療養費の対象となる方の分のみ記入してください

高額療養費申請書 (年 月分)

現在ご加入中の国民健康保険の市区町村名を記入してください

〇〇 国民健康保険 市区町村長 殿

療養を受けた者の氏名及び生年月日	氏名 協会 太郎 明大平 〇〇年〇〇月〇〇日 (続柄: 本人)	氏名 明大平 (続柄:)	氏名 明大平 年 月 日 (続柄:)
傷病名	診療報酬明細書の通り		
医療機関等	名称	診療報酬明細書の通り	
	所在地	診療報酬明細書の通り	
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで (日間)	年 月 日から 日まで (日間)	年 月 日から 日まで (日間)
支払った自己負担額	この部分は記入不要です 円		
他の公的制度により自己負担相当額等の支給を受けることができるか。	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名)	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名)	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名)
	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない
今回の申請の診療月以前に1年間に三回以上高額療養費の支給を受けた場合(請求中のものも含む)	診療月	令和 年 月分	令和 年 月分

上記のとおり申請します。

世帯主についてご記入ください

(申請者) (フリガナ) キョウカイ タロウ
 氏 名: **協会 太郎**
 生 年 月 日: **昭和 〇〇年 〇月 〇日**
 現保険者等の記号・番号: **XX・XXXXX**