

高額療養費申請書

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 明大平昭令 年 月 日 (続柄:)	氏名 明大平昭令 年 月 日 (続柄:)	氏名 明大平昭令 年 月 日 (続柄:)
傷病名			
医療機関等	名称		
	所在地		
療養を受けた期間	年 月 日から (日間で)	年 月 日から (日間で)	年 月 日から (日間で)
支払った自己負担額	円	円	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。

(申請者)

(フリガナ)

氏 名:

生 年 月 日:

現保険者等の記号・番号: