高額療養費申請書

（　　年　　月分）

国民健康保険　市区町村長　殿

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">療養を受けた者の氏名及び生年月日</td><td>氏名</td><td>氏名</td><td>氏名</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>（続柄　　）</td><td>（続柄　　）</td><td>（続柄　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">傷病名</td><td>診療報酬明細書のとおり</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関等</td><td>名称</td><td>診療報酬明細書のとおり</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>診療報酬明細書のとおり</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養を受けた期間</td><td>（　日間）</td><td>（　日間）</td><td>（　日間）</td></tr>
<tr><td colspan="2">支払った自己負担額</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">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。</td><td>☐　受けられる
（制度名　　）</td><td>☐　受けられる
（制度名　　）</td><td>☐　受けられる
（制度名　　）</td></tr>
<tr><td>☐　受けられない</td><td>☐　受けられない</td><td>☐　受けられない</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の申請の診療月以前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）</td><td>診療月</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

（申請者）氏　　名　　：

生　　年　　月　　日　　：

国民健康保険の記号・番号：　　ー