

高額療養費等支給申請書 [ 年 月診療分 ]

① 被保険者証の 記号・番号	島70-			② 世帯主氏名						
③ 療養を受けた者 の氏名	1		2		3					
個人番号										
④ 生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日					
⑤ 被保険者等区分	1 一般	2 退本人	3 退被扶養者	1 一般	2 退本人	3 退被扶養者	1 一般	2 退本人	3 退被扶養者	
⑥ 傷病名	レセプトにより確認			レセプトにより確認			レセプトにより確認			
⑦ 第三者行為	該当・非該当			該当・非該当			該当・非該当			
⑧ 病院・診療 所・薬局等 の名称・所在 地	名称	別紙のとおり			別紙のとおり			別紙のとおり		
	所在地	別紙のとおり			別紙のとおり			別紙のとおり		
⑨ ⑧の病院等で療養を 受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)					
⑩ ⑨の期間中に病院等 に支払った金額	別紙のとおり			別紙のとおり			別紙のとおり			
⑪ 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			
⑫ ⑪で受けられる場合、 費用徴収の有無	有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			
⑬ 今回申請の診療 月以前1年間に 同一世帯で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 年 月 診療		2回 年 月 診療		3回 年 月 診療				
	氏名									
備考	振込 口座	銀行・農協 金庫・組合			支店 本店	普通 ・ 当座	口座 番号			
							フリガナ			
							口座 名義			
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 浅川町大字 氏名 (印) 浅川町長様 (電話 )										
※ 処理	高 額 区 分				税 区 分		特例調整	支給台帳処理		
	1 世帯合算		2	3	4	課 税 ・ 非課税	70歳以上	有 ・ 無	年 月 日	担当者
	① 多数 該当分	② その他	多数 該当分	長期 疾病分	その他	低 II ・ 低 I	・		・	

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

(注)

1. 申請書は、診療月ごとに作成してください。
2. ⑨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. ⑩欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料・歯科で認められている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. ⑪欄は他の制度により、一部負担金の全部また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 原始爆弾被爆者の医療等に関する法律による支給

イ 育成医療

ウ 予防接種法による支給

エ 更生医療

オ 養育医療

カ 医療品副作用被害救済基金法による支給

キ 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給

ク 特定疾患治療研究事業

ケ 小児慢性特定疾患治療研究事業

コ 血液代金の支給

サ 毒ガス障害者救済対策事業

シ 児童福祉法による入所措置に係る医療の給付

ス 精神衰弱者福祉法による入所措置に係る医療の給付

セ 進行性筋委縮症者療養等給付事業

ソ その他

5. ⑬欄は、今回申請の診療月以前の12か月以内に、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回分について記入してください。