

高 額 療 養 費 支 給 申 請 書
(年 月診療分)

被保険者の記号番号		世帯主の氏名	
① 療養を受けた被保険者の氏名 個人番号			
② 一般・退職被保険者等の別		一般・退本人・退家族	一般・退本人・退家族
③ 発症又は負傷の理由		☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ 業務上の災害（通勤災害等） ☐ その他（自損事故・疾病等）	☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ 業務上の災害（通勤災害等） ☐ その他（自損事故・疾病等）
④ 入院・外来の別		入院・外 来	入院・外 来
⑤ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地		名 称 所在地	
⑥ 上記病院等で療養を受けた期間		月 日～ 日 日間	月 日～ 日 日間
⑦ 上記期間に受けた療養に対し 病院等で支払った額 ()内は薬剤一部負担金額		円 (円) 計 円	円 (円) 計 円
⑧ 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、直近の診療月		1回目 年 月診療分	2回目 年 月診療分
⑨ 口座振替先 金融機関名		大垣共立銀行 十六銀行 大垣西濃信用金庫 西美濃農協 ゆうちょ銀行 本店 支店 出張所 支所	普通・当座 口座番号 () 口座名義人(フリガナ)
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 養老郡養老町 番地 氏 名 印 電話番号 — 養老町長 様			
委任状	私は _____ を代理人と定め、上記申請に係る高額療養費の受領に関することを委任します。 世帯主 住所 養老郡養老町 番地 氏 名 印		

----- 高額療養費の算定基礎(記入しないでください) -----

総 医 療 費	円	円	円	円
一 部 負 担 金 額	円	円	円	円
薬剤の一部負担金額	円	円	円	円
計	円	円	円	ア 円
高 額 療 養 費 支 給 決 定 額 ア - 円 = 円				

(前期高齢者)

(注) 平成14年1月以降 診療分から	一定	非1	上	非	収納	診療数	電算入力	担当印
	一般	非2	課	無	完納	新・多		
					未納			