様式第７号(第13条関係)

高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

(　　年　　月診療分)

被保険者（等）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	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）	□ 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	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	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	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	3回目 年　月診療分

⑨

□ 世帯主の公金受取口座を利用します。

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、上記の「□　世帯主の公金受取口座を利用します。」にチェック（✔）してください。

※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。

口座振替先 金融機関名	大垣共立銀行　本店 十六銀行　支店 大垣西濃信用金庫　出張所 西美濃農協　支所 ゆうちょ銀行	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

住　所　養老郡養老町　　番地

世帯主

氏　名　　㊞

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。

住　所　養老郡養老町　　番地

世帯主

氏　名　　㊞

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

(注)平成14年1月以降診療分から

(前期高齢者)

一定	非1	上	非	収納状況	診療数	電算処理	担当印
一般	非2	課	無	完納 未納	新・多		