

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		<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の災害(通勤災害等) <input type="checkbox"/> その他(自損事故・疾病等)	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の災害(通勤災害等) <input type="checkbox"/> 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 ( )

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 ⑩  
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 ⑩

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			