

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成・令和 年 月診療分)

受 付 令和 年 月 日

被保険者証
記号・番号

療養を受けた被保険者の氏名 (1人目)		療養を受けた被保険者の氏名 (2人目)	
療養を受けた被保険者の個人番号(マイナンバー)		療養を受けた被保険者の個人番号(マイナンバー)	
資格区分等	一般・退本・退扶 70歳以上 (1割・2割・3割) 義務教育 就学前乳幼児	一般・退本・退扶 70歳以上 (1割・2割・3割) 義務教育 就学前乳幼児	
傷病名 (外傷疾病はその負傷理由)			
療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地			
療養を受けた期間	H・R 年 月 日から 日間 同月 日まで <input type="checkbox"/> 申請月の初日から末日まで	H・R 年 月 日から 日間 同月 日まで <input type="checkbox"/> 申請月の初日から末日まで	

病院等で支払った金額 (公費負担医療)	円	円
	1 原爆一般疾病医療 (円) 2 厚労省令で定める医療	1 原爆一般疾病医療 (円) 2 厚労省令で定める医療

療養があった月以前の12月間に高額療養費の支給を既に3回以上受けた(70歳以上の外来分は除く。)	1 受けない 2 受けた	その高額療養費に係る療養があった年月	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
--	-----------------	--------------------	--

振込先 金融機関名 及び店舗名 口座名義人(カナ)	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	店 本店 支店 出張所	口座種別 1 普通 2 当座	口座番号
------------------------------------	------------------------------	----------------------	-------------------	------

↑姓と名の間は、1マス空けてください。

第三者行為 有・無

上記のとおり申請します。
上記診療月に属する私及び同一世帯員の市町村民税の課税・非課税の状況及び所得金額について調査確認されることに同意します。
これらを調査確認されることについては、私の属する世帯員の承諾を得ています。
この申請書により支給申請を行った高額療養費について、その申請の対象となる一部負担金等はすべて支払済みであることを誓約します。
この誓約が事実と反する場合は、高額療養費の支払いが行われないこと及び、虚偽の申請に対する罰則が適用されることを了承します。
この申請に係る医療費等に不明な点がある場合は、医療機関に調査されることに同意します。
なお、広島市が実施する福祉医療制度により助成を受けている場合で、この申請により支払われる高額療養費のうち広島市が負担している金額がある場合、その金額について広島市長へ受領を委任しその金額を除いた金額で支払われることに同意します。

広島市 区長 令和 年 月 日
大字 方
申請者(世帯主) 住所 広島市 区 町 丁目 番 号
(フリガナ)
氏名 ⑤ 連絡先() -
世帯主の個人番号(マイナンバー)

※上記の太枠内に記入してください。

(広島市記入欄)

窓口に来た人 (申請者の場合は記入不要)	氏名	申請者との 続柄
-------------------------	----	-------------

支給決定額	内訳	世帯主	金融機関 コード	店番
		福祉医療	広島市(<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 精神) 他市()	

事前確認	70歳未満	70歳以上		70歳以上		国保世帯全体
	H27年1月から	H30年8月から	H30年7月以前	H30年8月から	H30年7月以前	H27年1月から
	<input type="checkbox"/> ア(上位Ⅱ) <input type="checkbox"/> イ(上位Ⅰ) <input type="checkbox"/> ウ(一般Ⅱ) <input type="checkbox"/> エ(一般Ⅰ) <input type="checkbox"/> オ(非課税)	<input type="checkbox"/> 現役並みⅢ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一定以上所得 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 現役並みⅢ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 一定以上所得 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> ア(上位Ⅱ) <input type="checkbox"/> イ(上位Ⅰ) <input type="checkbox"/> ウ(一般Ⅱ) <input type="checkbox"/> エ(一般Ⅰ) <input type="checkbox"/> オ(非課税) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 生活保護却下
	<input type="checkbox"/> 不明(所得申告要)	<input type="checkbox"/> 多数該当に注意		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 生活保護却下		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 生活保護却下
	<input type="checkbox"/> 転居月特例対象世帯該当	<input type="checkbox"/> 75歳到達月特例該当		<input type="checkbox"/> 転居月特例対象世帯該当	<input type="checkbox"/> 75歳到達月特例該当	
	確認日	確認印		確認印		確認印

本人確認 免許証 パスポート 個人番号カード その他()

←口座番号は右詰めで記入してください。

→世帯主名義の口座を記入してください。