

区分	若年者 ・ 前期高齢者 ・ 70歳以上者
----	----------------------

国民健康保険高額療養支給申請書

糸田町長 殿

(平成 年 月 診療分)  
 申請年月日 平成 年 月 日  
 福岡県田川郡糸田町  
 世帯主氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

診療を受けた者の氏名		①	②	③
生年月日・性別 一般・退職本人・退職家族 前期高齢者		男 女 昭・平 年 月 日 一般・退職本人・退職家族 該当・非該当	男 女 昭・平 年 月 日 一般・退職本人・退職家族 該当・非該当	男 女 昭・平 年 月 日 一般・退職本人・退職家族 該当・非該当
療養を受けた病院診療所等の名称				
受診者の個人番号				
病院等で支払った金額 入院外来別、交通事故の有無	円	円	円	円
国保以外の他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるか	受けられる(制度名) (費用徴収額 円) 受けられない	受けられる(制度名) (費用徴収額 円) 受けられない	受けられる(制度名) (費用徴収額 円) 受けられない	受けられる(制度名) (費用徴収額 円) 受けられない
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、直近の月から記入して下さい。				①②③の支払額計
平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分		

- [注] 1. 太ワクの中のみ記入してください。  
 2. 入院、外来の別、他の制度で支給を受けられるかどうかを○でかこんでください。  
 交通事故の場合は必ず○をしてください。

上記のものについて下記のとおり決定してよろしいか

課税状況	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> ウ	区分	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一定以上所得者 <input type="checkbox"/> 上位所得者	過去1年間の高額療養費支給回数	<input type="checkbox"/> 4回以上 <input type="checkbox"/> 4回未満
高算定療養費	療養に要した費用額 A	一部負担金 A×30%又は20% B	公費費用徴収額 C	高額療養費支給決定額 (B+C- )	
	①	円	円	円	
	②				
	③				
計	円	円	円	円	
高額療養費貸付額	円	支払通知年月日 平成 年 月 日	保険税 <input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納	個人番号確認者	印
差引き支給額	円	支給年月日 平成 年 月 日			

振込先	銀行 信用金庫 農協	支店 支所	口座番号 普通
-----	------------	-------	---------

第三者行為	<input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 相手有事故 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> なし
-------	--