

様式第20号

支 給	支給決定額			
	費用額			
	療養の給付に 要する費用 一部負担金額 又は費用徴収額			
	資格			
	他法負担分			
	自己(世帯)負担額			

国民健康保険 高額療養費支給申請書						
年 月 診療分						
国保整理番号	レセプト番号	レセプト番号	レセプト番号	レセプト番号		
	①被保険者記号・番号	①保険者証の記号・番号	①保険者証の記号・番号			
②療養を受けた 者の氏名						
③療養を受けた 者の個人番号						
④療養を受けた 者の生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生			
⑤傷病名						
⑥療養を受 けた病院 等の名 称及び 所在地	名称					
⑦(6)の病院等で 療養を受けた期 間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間			
⑧(7)の期間に受 けた療養に対し 病院等で支払っ た額	円 ()	円 ()	円 ()			
⑨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 れるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無)	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無)	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無)	受けられない 受けられない		
⑩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、その直近の診療月	診療月	1 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分		
上記の病院等への自己負担額の支払が完了しましたので、高額療養費の支給を申請します。 なお、受給後に再審査・過誤等により支給額が減額となった場合は市からの返還請求又は相殺に応じます。						
年 月 日 日立市長 殿 世帯主 氏名 個人番号						
住所 電話番号						
振込先	1 新規登 録又は登録 済口座	金融機関名		支店名	預金 種類	普通・当座
		口座 番号				口座名義人(カタカナ)
2 その他						
委任欄	上記の給付金受領に関する一切の権限を代理人に委任します。					
	年 月 日					
	委任者	住所			代理人	住所
	氏名				氏名	

上記の診療月に交通事故(同乗でのケガ・自損事故含む。)によるケガをしましたか? はい · いいえ