様式第10号(第9条関係)

(表)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(　　年　　月診療分)

年　　月　　日

　古殿町長

住所

申請者

(世帯主)氏名

　国民健康保険法施行規則第27条の17第1項の規定により，次のとおり，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 被保険者証の記号番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 療養を受けた者の氏名 | | | | | | 1 | | | | | | | 2 | | | | | | 3 | | |
| 個人番号 | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| ③ | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| ④ | 被保険者の区分 | | | | | | 1　一般  2　退職本人  3　退職被扶養者 | | | | | | | 1　一般  2　退職本人  3　退職被扶養者 | | | | | | 1　一般  2　退職本人  3　退職被扶養者 | | |
| ⑤ | 傷病名 | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| ⑥ | 病院，診療所，薬局等の名称及び所在地 | | | | 名称 | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| ⑦ | 病院，診療所，薬局等で療養を受けた期間 | | | | | | 年　　月　　日～  月　　日  (　　　　日間) | | | | | | | 年　　月　　日～  月　　日  (　　　　日間) | | | | | | 年　　月　　日～  月　　日  (　　　　日間) | | |
| ⑧ | 病院，診療所，薬局等に支払った額 | | | | | | 円 | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | |
| ⑨ | 他の制度による一部負担金の全部又は一部の支給が受けられるかどうか。 | | | | | | 1　受けられる。  　制度名  2　受けられない。 | | | | | | | 1　受けられる。  　制度名  2　受けられない。 | | | | | | 1　受けられる。  　制度名  2　受けられない。 | | |
| ⑩ | ⑨で支給される場合の費用徴収の有無 | | | | | | 有・無 | | | | | | | 有・無 | | | | | | 有・無 | | |
| ⑪ | 申請する診療月以前1年間に3回以上高額療養費を受けた場合，その直近の診療年月及び氏名 | | | | | | | | 診療年月 | | 1回  年　　月 | | | | | | 2回  年　　月 | | | | 3回  年　　月 | |
| 氏名 | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | 振込先 | | 金融機関名 | | | |  | | | |
| 口座番号 | | | |  | | | |
| ※処理 | | 高額区分 | | | | | | | | | | 税区分 | | | | 特例調整 | | 支給台帳処理 | | | | |
| 1　世帯合算 | | | | 2  多数該当分 | | 3  長期疾病等 | | 4  その他 | | 課税  ・  非課税 | | | | 有・無 | | 処理年月日 | | | | 担当者 |
| ①  多数該当分 | ②  その他 | | | 年　　月　　日 | | | |  |

備考　※の欄は，記入しないでください。

(裏)

1　申請書は，診療月ごとに作成してください。

2　④の欄は，該当するものの番号を○で囲んでください。

3　⑦の欄は，同一月内の期間を記入してください。

4　⑧の欄は，保険診療分について支払った額を記入し，保険診療とならない特別室料又は歯科で認められている差額等を除いた額を記入してください。ただし，その額が明確でないときは，病院，診療所，薬局等に支払った全額を記入し，その旨を備考の欄に記入してください。

5　⑨の欄は，該当するものの番号を○で囲み，1を○で囲んだときは，次に掲げる制度のうち該当するものの記号(ソを記入したときは，具体的制度名)を記入してください。

　ア　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成6年法律第117号)による支給

　イ　育成医療

　ウ　予防接種法(昭和23年法律第68号)による支給

　エ　更生医療

　オ　療育医療

　カ　独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)による支給

　キ　沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令(昭和47年政令第108号)第3条又は第4条の医療費の支給

　ク　特定疾患治療研究事業

　ケ　小児慢性特定疾患治療研究事業

　コ　血液代金の支給

　サ　毒ガス障害者救済対策事業

　シ　児童福祉法(昭和22年法律第164号)による入所措置等に係る医療の給付

　ス　知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)による入院措置に係る医療の給付

　セ　進行性筋萎縮症者療養等給付事業

　ソ　その他

6　⑪の欄は，申請しようとする診療月以前の12月間に，高額療養費の支給を3回以上受けた場合は，直近の3回分について記入してください。

7　領収書を添付してください。