

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和 年 月 日			

国民健康保険高額療養費支給申請書

※太枠の部分すべて記入の上、必要書類を添付してご提出下さい。

①被保険者証の 記号・番号	記号	福医	番号				組合員 氏名	
②個人番号							③診療年月	年 月
④所得区分	70歳未満の方 ア 901万以上 イ 600万以上			ウ 210万以上 エ 210万以下 オ 非課税		70歳以上の方 ・現役並みⅠ 145万以上 ・一般 145万未満 ・現役並みⅡ 380万以上 ・低所得者Ⅰ・Ⅱ 非課税		
⑤療養を受けた者の 氏名・性別 生年月日	1. 男・女 昭・平 令 年 月 日	2. 男・女 昭・平 令 年 月 日	3. 男・女 昭・平 令 年 月 日					
⑥療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称							
	所在地							
⑦病院等で支払った額	円		円		円			
⑧入院・外来の別 及び交通事故の有無	入院・外来 交通事故(有・無)		入院・外来 交通事故(有・無)		入院・外来 交通事故(有・無)			
⑨国保以外の他の制度 により自己負担額相当 額またはその一部の 支給を受けられるか どうか	<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収額) <input type="radio"/> 受けられない		<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収額) <input type="radio"/> 受けられない		<input type="radio"/> 受けられる (制度名) (費用徴収額) <input type="radio"/> 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、 直近の月から記入して下さい。								1. 2. 3. の支払額合計
令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分						円
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 提出 〒 - TEL () - 組合員 住所 氏名 印 福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿								

⑪振込先	銀行 信用金庫	本店 支店	預金種別	①普通 ②当座 ③貯蓄
	口座名義	(フリガナ)	口座番号	

高額療養費算定基礎	費用額	自己負担額	自己負担限度額 (第 回目)	高額療養費 支給決定額
	円	円		
	円	円	円	円

受付日付印