【記載例】70歳未満　※月別に申請書が必要となります。

枚目／　　枚

国民健康保険高額療養費支給申請書

（令和　●●　年　●●　月診療分）　【第三者行為の有無 / 有・(無)】

被保険者記号・番号	函 01 999999	療養を受けた被保険者	氏名	国保　一郎	一般
			生年月日	(昭和)・平成・令和　●●　年　●●月　●●日	
			個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	

①	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		
②	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		
③	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		
④	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		

支給方法					
健康	(銀行) 金庫 組合	第一 本店 (支店)	店番号 0 0 1	種類 (普通)・当座	口座名義人 フリガナ コクホ　イチロウ
			口座番号 7 6 5 4 3 2 1		氏名 国保　一郎

窓口受取を希望する場合				
	1 市役所会計部	2 湯川支所	3 銭亀沢支所	4 亀田支所
	5 戸井支所	6 恵山支所	7 椴法華支所	8 南茅部支所

上記のとおり申請します。　令和　●●年　●●月　●●日

(宛先) 函　館　市　長

世帯主　住　所　函館市　東雲　町　丁目　4　番(地)　13　号

氏　名　国保　一郎

個人番号　1234 5678 9012

電　話　21－3145

※以下処理欄（受付担当者記載）

区分	平成27年1月診療分以降
ア	課税　901万円超
イ	課税　600万円超901万円以下
ウ	課税　210万円超600万円以下
エ	課税　210万円以下
オ	□ 非課税　□ 離職者非課税

多数該当	□ 有（1回目　年　月）
世帯合算	□ 有【70以上・70未満】
装具申請	□同日有　□済（指示月　年　月）
食事申請	□ 有

備考	主変・相続・限度額区分変更等の連絡事項

受付	本庁	湯川	銭亀沢	亀田	戸井	恵山	椴法華	南茅部

入力	検証