

国民健康保険高額療養費支給申請書

① 被保険者証の記号番号					(年 月 診療分)
② 被保険者資格の種別	一般 ・ 退職	一般 ・ 退職	一般 ・ 退職		
③ 療養を受けた被保険者の氏名 個人番号及び 生年月日	氏 名				
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
④ 療養を受けた病院 診療所の名称及び 所在地	名 称				
	所 在 地				
⑤ 療養を受けた期間	年 月 日から 同年 月 日まで	年 月 日から 同年 月 日まで	年 月 日から 同年 月 日まで		
⑥ 入院・入院外の別	入 院 ・ 入院外	入 院 ・ 入院外	入 院 ・ 入院外		
⑦ ④に対する自己負担額		円		円	
⑧ 第三者行為の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		
⑨ 他の公的制度からの医療費 助成等の受給状況	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		
	制 度 名 称				
	自己負担分の助成内容	全額・一部自己負担あり	全額・一部自己負担あり	全額・一部自己負担あり	全額・一部自己負担あり
⑩ 高額特例区分	高 額 ・ 世帯合算 ・ 通算4回以上 ・ 長期高額疾病				

振 込 先 金 融 機 関	銀行・金庫・信用組合・協同組合・()	本店・支店・出張所・営業部
	金融機関コード	店舗コード
預 金 種 目	普 通 ・ 当 座	・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。
口 座 番 号		
口 座 名 義 人 (カタカナ)		

上市町長 宛て 上記のとおり、療養に要した費用に関する証明書・領収書を添えて申請します。 なお、支給決定額は上記の口座へ振り込みください。 令和 年 月 日 住 所 上市町 (世帯主) 氏 名 個人番号 電 話 ()	受付日付印
--	-------

保 険 者 使 用 欄	自己負担限度額 (70歳未満) ※医療費の総額により、自己負担限度額は変動する。				世 帯 合 算 額 () 円 自 己 負 担 限 度 額 () 円 差 引 支 給 額 () 円
	区 分		3回目まで	4回目以降	
	区分ア	所得901万円超	252,600円*	140,100円	
	区分イ	所得600万円超901万円以下	167,400円*	93,000円	
	区分ウ	所得210万円超600万円以下	80,100円*	44,400円	
	区分エ	所得210万円以下	57,600円	44,400円	
	区分オ	住民税非課税世帯	35,400円	24,600円	
	自己負担限度額 (70歳以上)				
	区 分		外来 (個人ごと)	世帯単位で入院と 外来があった場合	
	現 役 並 み	Ⅲ 課税所得690万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		
Ⅱ 課税所得380万円以上		167,400円+(医療費-558,000円)×1%			
Ⅰ 課税所得145万円以上		80,100円+(医療費-267,000円)×1%			
一 般		18,000円 [年間上限 144,000円]	57,600円		
住 民 税 非 課 税 世 帯	低 所 得 Ⅱ	8,000円	24,600円		
	低 所 得 Ⅰ	8,000円	15,000円		

支 給 決 定 額
 千 円