高額療養費支給申請書 〔 年 月診療分〕

記号・番号 1	
③ 生年月日 年月日 日本日 月日本ら月月日まで日間りまで月日間りでは、日間のでまる。日間の期間を大きたりまする。日間のの制度によりでは、日間の場所を大きためる。日間を大きたります。日間のままります。日間のままります。日間のままります。日間の計画の影響を見い前によります。日間の影響を見います。日間の影響を表を受けた場合。その直述の影響を見い前によります。日間の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を受けた場合。その直述の影響を表を表します。日間のままります。日間のままりまます。日間のままります。日間のままする。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のままする。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のままする。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のままする。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日間のまます。日	
(S) 傷病名 病院等の 名称及び 所在 地 用 日から 月 日から 月 日から 月 日まで 月 日まで 月 日まで 月 日間) (日間) (日間) (日間) (日間) (日間) (日間) (日間)	月 日
病院等の 名称 名称 名称 一方在地 一方在地	
 ⑥ 名称及び 所在地 在地 ⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間 月日まで 月日まで 月日まで 月日間) 月日はから 一般度を 日本に 2 受けられない 3 日本 日本	
③ ⑦の病院等で療養を受けた期間 月日から月月日から月月日から月月日まで日間) 月日から月月日から月月日まで日間) ⑤ の期間中に病 院等に支払った金 額 円 円 他の制度により一部負担金について支給が受けられるかどうか 場合費用後収の有有無無 1 受けられない 1 受けられない ⑥ で受けられる 場合費用後収の有有無無 有・無有・無有・無有・無有・何申請の診療月以前 寮養費を受けた場合、その直近の診療年月 1回 ② 交通事故等の第三者行為の有無 年月診療年月 年月診療年月 日座 銀行本店 設計 本店金庫銀合 1 普通日本 日座名義人 上記のとおり申請します。年月日 世帯主 住所氏名	
 ① 院等に支払った金	
他の制度により 一部負担金について支給が受けられるがどうか ②で受けられるかどうか ので受けられる 場合費用徴収の 有 の直近の診療年月 の直近の診療年月 の直近の診療年月 の直近の診療年月 の直近の診療年月 の直近の診療年月 の直近の診療年月 のを対するの有 ので通りに関係を対して、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、	円
 ① 場合費用徴収の有 無 有 ・ 無	
② 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 診療月 年月診療 年月ごの必番号 1 普通 (フリガナ) 1 普通 (フリガナ) 2 当座 名義人 日座名表人 日座名表人 日本表人 日本表人 日本書 (日本書)	無
口座 銀行 本店 振込 金庫 支店 組合 2 当座 上記のとおり申請します。 年月日 世帯主住所氏名	月診療
口座 銀行 本店 1 普通 (フリガナ) 振込 金庫 支店 口座 組合 名義人	
振込 金庫 A組合 Z 当座 口座 名義人 上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名	
組合 2 当座 名義人 上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名	
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名	
世帯主 住所 氏名	
氏名	
	印
	—
北塩原村長	

- 1. 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2. ⑧欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3. ⑨欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料・歯科で認められている差額等については除いてください。ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った全額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。4. ⑩欄は他の制度により、一部負担金の全部または一部について支給が受けられるかどうかについて該当する方に〇印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。
- ア. 原子爆弾被爆者の医療費等に関する法律による支給
- イ. 育成医療
- ウ. 予防接種法による支給
- エ. 更生医療
- 才. 養育医療
- カ. 医療品副作用被害救済基金法による支給
- キ. 沖縄の復帰に伴う厚生労働省関係法令の適用特別措置等に関する政令第3条又は第4条の 医療費に支給
- 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. 児童福祉法による入所措置等に係る医療の給付
- ス. 精神薄弱社福祉法による入所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
- 5. ⑫欄は、今回申請の診療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。
- 6. 医療機関から提供される診療報酬明細書の審査を経て支給します。診療等が不明な場合には、 領収書の提出を求める場合があります。