様式第５（第６条関係）

高額療養費支給申請書〔　　年　　月診療分〕

① 資格確認書等の記号・番号	島４２　－		② 世帯主氏名	
② 療養を受けた者の氏名	1	2	3	
③ 生年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
④ 個人番号				
⑤ 傷病名				
⑥ 病院等の名称及び所在地 名称				
⑥ 病院等の名称及び所在地 所在地				
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	月　日から 月　日まで （　　日間）	月　日から 月　日まで （　　日間）	月　日から 月　日まで （　　日間）	
⑨ ⑧の期間中に病院等に支払った金額	円	円	円	
⑩ 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	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	
⑪ ⑩で受けられる場合費用徴収の有無	有・無	有・無	有・無	
⑫ 今回申請の診療月以前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	診療月	１回 年　月診療	２回 年　月診療	３回 年　月診療
⑬ 交通事故等の第三者行為の有無	無・有（　　）			

口座振込	金融機関 銀行　本店 金庫　支店 組合	1 普通 2 当座	口座番号	
			(フリガナ)	
			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　　印

個人番号

電話番号

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
オ．　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。