

## 高額療養費支給申請書

|                                    |                                                                 |                                                                 |                                                                 |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 被保険者<br>記号番号                       | (令和 年 月診療分)                                                     |                                                                 |                                                                 |
| 療養を受けた<br>者の氏名及び<br>生年月日           | 昭・平・令 年 月 日                                                     | 昭・平・令 年 月 日                                                     | 昭・平・令 年 月 日                                                     |
| 個人番号<br>(マイナンバー)                   |                                                                 |                                                                 |                                                                 |
| 傷病の原因                              | <input type="checkbox"/> 加害者のあるもの <input type="checkbox"/> それ以外 | <input type="checkbox"/> 加害者のあるもの <input type="checkbox"/> それ以外 | <input type="checkbox"/> 加害者のあるもの <input type="checkbox"/> それ以外 |
| ①療養を受けた<br>病院、診療所等<br>の名称及び所在<br>地 |                                                                 |                                                                 |                                                                 |
| ②①の病院等<br>で療養を<br>受けた期間            | 年 月 日から<br>同 月 日まで<br>( 日間)                                     | 年 月 日から<br>同 月 日まで<br>( 日間)                                     | 年 月 日から<br>同 月 日まで<br>( 日間)                                     |
| 入院・通院の別                            | ア 入院 イ 通院                                                       | ア 入院 イ 通院                                                       | ア 入院 イ 通院                                                       |
| ③②の期間に受<br>けた療養に対<br>する自己負担<br>額   | 円                                                               | 円                                                               | 円                                                               |

|                                                                                             |                 |                                                                                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 上記のとおり申請します。支給決定額は、既登録済の<br>振込先口座または右記の口座へ振り込んでください。<br>なお、医療費は支払い済であることを申告します。<br>令和 年 月 日 |                 | ・ 以前に高額療養費を申請支給済の方は、登録<br>済の口座へ振込します。<br>・ <u>新規申請または振込先変更希望の場合は、以<br/>下に記入してください。(※1)</u> |     |
| 射水市長 あて                                                                                     | 金融機関            | 銀行                                                                                         | 本店  |
| 申請者 住 所 射水市                                                                                 |                 | 金庫                                                                                         | 支店  |
| 世帯主 氏 名                                                                                     |                 | 農協                                                                                         | 出張所 |
| 個人番号<br>(マイナンバー)                                                                            | 口座番号            | 1 普通                                                                                       |     |
|                                                                                             |                 | 2 当座                                                                                       |     |
| 連絡先 電話番号 ( )                                                                                | 口座名義人<br>(カタカナ) | ※世帯主からみた続柄<br>1 本人<br>2 その他 ( )                                                            |     |

※1 過去に高額療養費を申請支給済の方は、振込先口座の記入を省略できます。

## 【※市処理欄】

| 簡素化                                                      | 所得区分                              | 多数回該当                                                    | 滞納                                                       | 保険税への充当額                                                     | 支給決定額        | 入力 |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|----|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | ア・イ・ウ・エ・オ<br>現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ<br>一般・低Ⅱ・低Ⅰ | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全額<br>円 | (見込額 円)<br>円 |    |