

平成27年1月以降診療分

国

※診療月（医療機関を受診した月）が、平成27年1月～平成29年7月までの間の場合は、この様式を御利用下さい。

被保険者証の記号・番号		国民健康保険で診療を受けた人		診療を受けた病院等			
70歳以上被保険者	1	氏名	外来	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円
		生年月日	病院で支払った金額				円
		合計					円
70歳未満被保険者	2	氏名	外来	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円
		生年月日	病院で支払った金額				円
		合計					円
70歳以上被保険者	3	氏名	外来	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円
		生年月日	病院で支払った金額				円
		合計					円
70歳未満被保険者	4	氏名	外来	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円
		生年月日	病院で支払った金額				円
		合計					円

※太枠の中のご記入をお願いします。

なお、申請の際には、

- ①国民健康保険被保険者証
- ②印鑑（認印）
- ③医療機関発行の領収証
- ④通帳など、振込先の口座が判るものをご持参ください。

※本人または同一世帯のご家族以外の方が申請手続きをされる場合は、委任状の添付が必要になります。詳細はお問い合わせください。

上記のとおり、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 那珂川市国民健康保険

世帯主氏名

那珂川 市兵衛

連絡先(電話) 092-000-0000

※療養を受けた人ではなく、世帯主のお名前です。

課税区分	上位ア 番号	上位イ 外来医療費	課税ウ			課税エ 割合	非課税オ 外来負担額	給付回数	回	第三者行為		高額貸付	有・無
			1	2	3					有	無		
70歳 外来	1		1	2	3		現役44,400	一般12,000	低所得8,000				円
	2		1	2	3		現役44,400	一般12,000	低所得8,000				円
全体							非課税オ 35,400						
			70歳以上限度額計			一部負担金計	上位ア多数 140,100	上位イ多数 93,000	高額貸付額計			世帯全体払戻額	円
							課税ウ多数 44,400	課税エ多数 44,400					円
							非課税オ多数 24,600						円
給付決定額													円

※当該月に受診した傷病が、交通事故や傷害事件などの第三者（加害者）の行為によるものであるかをお知らせください。

交通事故などで加害者の過失により受けた傷病の医療費は原則として加害者が全額負担すべきものであるため、保険者である那珂川市が該当の有無を把握する必要があります。ご協力の程よろしく申し上げます。

なお、該当する場合は別途申請資料のご提出を依頼しますので、併せてご協力をお願いします。

国民健康保険高額療養費給付請求書

請求額 円

※療養を受けた人ではなく、世帯主のお名前です。

上記の金額を請求します。

(あて先) 那珂川市国民健康保険

世帯主 住所 那珂川市 西隈1-1-1

氏名 那珂川 市兵衛



振込金融機関	
金融機関名	〇〇 銀行・信用金庫・信用組合 農協・労働金庫・()
店名	那珂川 本店・支店 本所・支所
口座番号	普通 当座 1234567
フリガナ	ナカガワ イチゴ
口座名義人	那珂川 市護