

平成29年8月～平成30年7月診療分 国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号
国民健康保険で診療を受け

※診療月（医療機関を受診した月）が、平成29年8月～平成30年7月までの間の場合は、この様式を御利用下さい。

70歳以上被保険者	1	氏名	外米	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円
		生年				院で	円
70歳未満被保険者	2	氏名				金額	円
		生年				合計	円
70歳以上被保険者	3	氏名				で	円
		生年				金額	円
70歳未満被保険者	4	氏名				合計	円
		生年				で	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支給を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日
(あて先) 那珂川市国民健康保険

※療養を受けた人ではなく、世帯主のお名前です。

世帯主氏名

那珂川 市兵衛

連絡先(電話)

092-000-0000

課税区分	番号	上位ア	上位イ	課税ウ	課税エ	非課税オ	多数該当	該当・非該当	第三者行為	有・無	高額貸付	有・無
		外来医療費	割合	割合	割合	外来負担額	外来限度額	外来払戻額				
70歳以上被保険者	外来	1	1 2 3				現役57,600	一般14,000	低所得8,000			円
		2	1 2 3				現役57,600	一般14,000	低所得8,000			円
世帯全体	4		1 2 3				課税エ 57,600 非課税オ 35,400					円
			70歳以上限度額計		一部負担金計			上位ア多数 140,100 課税ウ多数 44,400 非課税オ多数 24,600	上位イ多数 93,000 課税エ多数 44,400			世帯全体払戻額
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、併せてご協力お願いします。

国民健康保険高額療養費支給請求書

令和 年 月 日

請求額 円 (年 月診療分)

※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