

平成30年8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		な	平成		年	月診療分			
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	昭和 年 月 日	入院	日数	日～ 日	日間	支払金額の合計	円
		一般・退本・退扶	負担割合		割	病院名			
	2	氏名		外来	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円	
		生年月日	昭和 年 月 日	入院	日数	日～ 日	日間	支払金額の合計	円
		一般・退本・退扶	負担割合		割	病院名			
70歳未満被保険者	3	氏名		外来	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円	
		生年月日	昭和 年 月 日 平成	入院	日数	日～ 日	日間	支払金額の合計	円
		一般・退本・退扶			病院名				
	4	氏名		外来	病院等数	ヶ所	支払金額の合計	円	
		生年月日	昭和 年 月 日 平成	入院	日数	日～ 日	日間	支払金額の合計	円
		一般・退本・退扶			病院名				

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 年 月 日

(あて先) 那珂川市国民健康保険

世帯主氏名

連絡先(電話)

課税区分	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	
	現役Ⅲ	現役Ⅱ	現役Ⅰ	一般 低所得Ⅰ 低所得Ⅱ							
70歳以上被保険者	外来	番号	医療費総額	割合	一部負担額	限度額		払戻額			
		1		1 2 3		<input type="checkbox"/> 一般 18,000円 <input type="checkbox"/> 低所得 8,000円		円			
	2		1 2 3		<input type="checkbox"/> 一般 18,000円 <input type="checkbox"/> 低所得 8,000円		円				
	入院・外来	番号	医療費総額	割合	一部負担額	限度額		高額貸付			
		1		1 2 3		<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ 252,600円+{( - 842,000円)×1%} <input type="checkbox"/> 現役Ⅲ多数 140,100円 <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ 167,400円+{( - 558,000円)×1%} <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ多数 93,000円 <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ 80,100円+{( - 267,000円)×1%} <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ多数 44,400円 <input type="checkbox"/> 一般 57,600円 <input type="checkbox"/> 一般多数 44,400円 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ 24,600円 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ 15,000円		高額貸付額計			
		2		1 2 3							
		外来負担額計		入院負担額計				70歳以上払戻額			
	円		円				円				
	世帯全体	番号	医療費総額	割合	一部負担額	自己負担限度額		世帯全体払戻額			
		3		1 2 3		<input type="checkbox"/> 上位ア 252,600+{( - 842,000)×1%} <input type="checkbox"/> 上位イ 167,400+{( - 842,000)×1%} <input type="checkbox"/> 課税ウ 80,100+{( - 842,000)×1%} <input type="checkbox"/> 課税エ 57,600 <input type="checkbox"/> 非課税オ 35,400		円			
4			1 2 3								
70歳以上負担額計		一部負担額計		<input type="checkbox"/> 上位ア多数 140,100 <input type="checkbox"/> 上位イ多数 93,000 <input type="checkbox"/> 課税ウ多数 44,400 <input type="checkbox"/> 課税エ多数 44,400 <input type="checkbox"/> 課税オ多数 24,600		給付決定額					
円		円				円					

切り取り線

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)

上記の金額を請求します。

(あて先) 那珂川市国民健康保険

住所 那珂川市

世帯主

氏名

印

振込金融機関

金融 銀行・信用金庫・信用組合

機関名 農協・労働金庫・( )

店名 本店・支店

本所・支所

口座番号 普通

当座

フリガナ

口座名義人