

国民健康保険高額療養費支給申請書

福島市長

令和 年 月 日

個人番号

世帯主 住所

氏名

電話番号

診療月	令和 年 月	被保険者 記号・番号	島1
個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
療養を受けた 被保険者の氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
被保険者区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者
傷病名	診療報酬明細書のとおり	診療報酬明細書のとおり	診療報酬明細書のとおり
病院等の名称	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
療養を受けた 期間	令和 年 月 日から 日まで (日間)	令和 年 月 日から 日まで (日間)	令和 年 月 日から 日まで (日間)
入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤
療養に対し病院 等で支払った額	円	円	円
第三者行為(交通 事故等)有の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
振込口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	
	口座番号	<input type="text"/>	口座の 種類
	フリガナ	普通	
口座名義人	<input type="text"/>		
委任欄	※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の委任欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日		
世帯主	住所 <input type="text"/>	氏名 <input type="text"/>	印 <input type="text"/>
代理人	住所 <input type="text"/>	氏名 <input type="text"/>	
個人番号	<input type="text"/>		

総費用額	自己負担合計	限度額	高額療養費総支給額	未払分
円	円	円	円	円
多数	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 上位Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般Ⅰ	<input type="checkbox"/> 非課税	
高齢区分	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ	<input type="checkbox"/> 低Ⅰ
合算	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関コード	-	

【記入上の注意】

1 診療月

診療月をご記入ください。なお、申請書については診療月ごとに1枚ご使用ください。

2 病院等の名称

受診された病院または薬局ごとにご記入ください。なお、同一医療機関において入院分と外来分がある場合、歯科分と医科分がある場合はそれぞれ欄を分けてご記入ください。

3 療養を受けた期間

療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみご記入ください。

4 療養に対し病院等で支払った額

保険診療とならない食事代や部屋代等は除いた保険診療分のみご記入ください。
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金額をご記入ください。

5 振込口座

支給については、原則として世帯主様名義の金融機関口座に振り込みますので、世帯主様名義の金融機関名と口座番号をご記入ください。

※個人番号は省略することができます。

【申請時に持参するもの】

1 国民健康保険被保険者証

2 医療機関に支払った領収証書の原本

(医療機関に支払済であることが確認できる証明書の原本)

3 世帯主様の通帳(ゆうちょ銀行は振込用口座、店名が印字された通帳)

※相続の場合は相続人の通帳

※委任される場合は代理人の通帳

4 相続の場合、被相続人が単身世帯や相続人と同一世帯ではない際は続柄が分かる戸籍等が必要となります。

5 代理人様へ振込先を委任される場合、申請書の委任欄に世帯主様からのご記入・押印が必要となります。

【支払について】

この申請による支払は、診療を受けた月から3か月後になります。(高額療養費の支払は、医療機関が福島市国民健康保険に請求する診療報酬明細書(レセプト)に基づいて支払うこととなりますが、その請求が福島市に送付されるのは診療を受けた月から約2か月後になります。)ただし、診療報酬明細書(レセプト)に係る再審査などにより支給が遅れる場合もありますのでご了承ください。