

□前回申請時の口座と同じ(左の□にチェックしてください。)

銀 行	支店	普通	口座番号	:	:	:	:	:	:
信用金庫	支所	当座	フリガナ						
信用組合		貯蓄	口座名義						
農 協									

第2号様式(第18条第1項)

東 金 市 国 民 健 康 保 険 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書													
被 保 険 者 番 号		1 3 .				令 和 年 月 診 療 分							
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		1				2				3			
療 養 を 受 け た 者 の 個 人 番 号													
療 養 を 受 け た 者 の 生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日				昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日				
主 た る 傷 病 名													
療 養 を 受 け た 病 院 ・ 診 療 所 の 名 称 及 び 所 在 地		名 称											
		所 在 地											
上 記 の 病 院 等 で 療 養 を 受 け た 期 間		1 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				2 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				3 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
療 養 に 対 し 病 院 等 で 支 払 っ た 額		円 ()				円 ()				円 ()			
他 の 制 度 に よ り 自 己 負 担 相 当 額 又 は そ の 一 部 の 支 給 を 受 け ら れ る か ど う か		受 け ら れ る 制 度 名 () 費 用 徴 収 の (有 ・ 無) 受 け ら れ な い				受 け ら れ る 制 度 名 () 費 用 徴 収 の (有 ・ 無) 受 け ら れ な い				受 け ら れ る 制 度 名 () 費 用 徴 収 の (有 ・ 無) 受 け ら れ な い			
今 回 申 請 の 診 療 月 以 前 1 年 間 に 高 額 療 養 費 の 支 給 を 3 回 以 上 受 け た 場 合 、 そ の 直 近 の 診 療 月 3 か 月 分						診 療 月		1 月 2 月 3 月 4 月 5 月 6 月 7 月 8 月 9 月 10 月 11 月 12 月					
上 記 の と お り 申 請 し ま す 。 住 所 令 和 年 月 日 氏 名 申 請 者 (宛 先) 東 金 市 長 (世 帯 主) 個 人 番 号 電 話													
□下記事項に同意の上、高額療養費の支給申請に関する手続の簡素化を希望します。 (上の□にチェックしてください。)													
1 市の国民健康保険税を滞納している場合その他別に定める手続の簡素化の停止事由に該当した場合は、当該措置が停止されること。(裏面の同意事項1参照)													
2 高額療養費の支給後に審査により支給額が減額になった場合、減額された額を市に返還すること。													
3 その他別に定める事項(裏面の同意事項2参照)													
注 手続の簡素化とは、今後、この申請書の提出を省略することをいいます。													

支給決定額の算出 (連1・2)	特 例 対 象	地単事業の利用状況	自 己 負 担 額	自 己 負 担 限 度 額	支 給 決 定 額
	75 歳 ・ 県 内 国 保	本人負担 (有 ・ 無)	円	円	円