□ 高額療養費にて判定 令和　　年　　月支給・令和　　年　　月診療分 療分
□ 限度額認定証等にて判定　　令和　　年　　月発行 発行

ア・イ・ウ
エ・オ
現(Ⅲ.Ⅱ.Ⅰ)
低(Ⅱ.Ⅰ)、一般

支給決定									認印				
金額									理事長	専務理事	事務長	課長	係
年月日													

国民健康保険高額療養費支給申請書

ＨＰ（R7.7）

「注」
・裏面の記入上の注意を必ずお読み下さい。
・太枠中のみ、ご記入の上、必要添付書類を添えて申請して下さい。
・75歳以上の方は、本組合には申請できません。ただし、誕生月診療分は申請できます。
本申請書では、高額介護合算の申請はできません。

令和　　年　　月 診療分	①被保険者の記号番号											
個人番号（マイナンバー）												

		1	2	3
②療養を受けた方の氏名・生年月日		昭・平・令　年　月　日	昭・平・令　年　月　日	昭・平・令　年　月　日
③療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
④療養に対し病院等に支払った保険負担額		円	円	円
⑤1.2.3の支払額合計		円	⑥今回申請の診療月以前１年間に高額療養費の支給を３回以上受けた場合直近の月から記入して下さい。	
			令和　年　月診療	令和　年　月診療	令和　年　月診療
⑦国保以外の他の制度により自己負担額相当額、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
⑧交通事故の有無		交通事故（有・無）	交通事故（有・無）	交通事故（有・無）
⑨所得区分(該当されるところに○をして下さい。)		1. 現役並み(Ⅲ.Ⅱ.Ⅰ)　2. 一般　3. 低所得(Ⅱ.Ⅰ)　(70歳以上の方) 1.ア　2.イ　3.ウ　4.エ　5.オ　(70歳未満の方)		

⑩振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
			1.普通 2.当座 3.貯蓄		フリガナ

上記のとおり申請します。　　連絡先　　－　　－

令和　　年　　月　　日

〒　　－

組合員　住所 ……

氏名 ……　　印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

※記入しないで下さい。

過去１年間の高額療養費支給回数	□４回以上　□４回未満	□現(Ⅲ.Ⅱ.Ⅰ)□一般□低(Ⅱ.Ⅰ) □ア　□イ　□ウ　□エ　□オ □多　数　□その他　□合　算

高額療養費算定基礎	No.	療養に要した費用額A	一部負担金B	公費負担徴収額C	高額療養費支給決定額（B＋C－　　）
	①	円	円	円	
	②				
	③				
	計	円	円	円	円

※申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の使用以外で利用することはありません。