月毎に１枚申請してください。

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの用紙で印刷してください。

医療機関毎・入院・外来毎・被保険者毎にご記入ください。
（同一月に限る）

国民健康保険高額療養費支給申請書

ＨＰ（R7.7）

令和 7 年 2 月 診療分	①被保険者の記号番号			
個人番号（マイナンバー）				
②療養を受けた方の氏名・生年月日	1 歯科医師　花子 昭・(平)・令 9年1月1日	2 歯科医師　花子 昭・平・令 9年 1月 1日	3 歯科医師　太郎 (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	○○急患センター	○○○○総合病院		
所在地	×××市××× ○丁目○番○号	×××市××× ○丁目○○○番地		
④療養に対し病院等に支払った保険負担額	50,000 円		円	
⑤1.2.3の支払額合計	151,500 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		
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) ）			
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
	△△△銀行	▲▲▲支店	(1.普通) 2.当座 3.貯蓄	× × × × × × ×	フリガナ シカイシ　タロウ

上記のとおり申請します。

令 和 5 年 6月 30日

不要で

ご希望の振込金融機関についてご記入ください。

預金種別に○をつけてください。

左詰でご記入ください。

「受けられる」場合は必ず制度名・費用徴収の有無を、受けられない場合は○で囲んでください。

該当する場合ご記入ください。

交通事故の有無についてご記入ください。

負担所 ×××市×××○丁目○番○号

氏名 歯科医師　太郎　医歯

※添付書類
- 領収書のコピー
- 次のいずれかの書類（**組合員及び本組合に加入している世帯全員分**）
  - 市県民税（所得）証明書（所得・課税の記載があるもの）
  - 市町村民税非課税証明書（所得の記載があるもの）
  - 市町村民税・県民税納税通知書のコピー
    （氏名・通知書年度・所得・課税が確認できる箇所）

※北九州市にお住まいの方で、役所にて上記書類を取られる場合は、
市県民税所得額（課税・非課税）証明書をお取りください。

所得の証明年度は受診月によって異なります。次の表にてご確認ください。

受診月	必要な所得証明書の証明年	必要な所得証明書の証明年度
R5．8月からR6．7月まで	令和4年分	令和5年度
R6．8月からR7．7月まで	令和5年分	令和6年度
R7．8月からR8．7月まで	令和6年分	令和7年度