

一般	退本	退扶

決定額					
一部負担額					
支給額					
公費負担	福	障			

支給申請書受理番号：

国民健康保険療養費支給申請書

(医科・歯科・薬剤・補装具・柔整
あんま・マッサージ・はり・きゅう
看護・移送・その他・生血)

(世帯主)申請者	住所氏名	(連絡先)電話									
申請者の個人番号											
被保険者の記号・番号						療養を受けた被保険者氏名					
世帯番号	受診者宛名番号										
被保険者の個人番号						生年月日					
傷病名											
発病負傷年月日	年	月	日	性	別						
療養期間 (調剤・施術)	年	月	日から	月	日まで	日間					
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地											
療養費の支給申請をした理由 <被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由>						診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名					
傷病の経過						療養内容					
発症又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）					療養に要した費用 百万 十万 万 千 百 十 円					

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

申請年月日 年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。

振込先	口座名義人（カナ）										
	振込先金融機関	銀行コード				支店コード					
		(右詰前0) 口座番号				銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店				
預金目録				1 普通	2 当座	4 貯蓄					

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号
令和 年 月 日

申請者（世帯主）

- ・個人番号
- ・住所

- ・氏名
- ・電話

診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 療養を受けた被保険者の氏名				
(4) 療養を受けた被保険者の生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主（組合員）との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 発症又は負傷の理由				
(9) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 診療科目、入院・外来の別				
(11) (9)の病院等で療養を受けた期間				
(12) (11)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円	円	円
(13) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(14) 課税区分 (世帯全体)	(15) 課税区分 (70歳以上)

70歳以上高額療養費				国保世帯全体	
高齢者外来		高齢者世帯合算		70歳未満一部負担金相当額	円
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円	高齢者世帯計算後負担額	円
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円	世帯自己負担限度額	円
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円	世帯高額療養費	円
外来現物給付	円	入院現物給付	円	現物給付（70歳未満）	円
他法調整額	円	他法調整額	円	長期調整額	円
高齢者外来支給額	円	高齢者世帯支給額	円	他法調整額	円
※限度額は制度上の限度額を表示しています。 特例該当有無 <input type="checkbox"/>				貸付額	円
				世帯支給額	円
既支給決定額	円	差引支給額	円	世帯最終支給額	円

振込先金融機関		銀行・信金・農協・金庫・信用組合		支店・支所
振込先口座情報	種別	口座番号	フリガナ	
	1 普通 2 当座		口座名義人	

なお、支給される高額療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。

(委任状) 世帯主(組合員)氏名 印

※注) 申請の際は領収書を提示して下さい。

一般	退本	退扶

支給申請書受理番号：

国民健康保険食事・生活療養費標準負担額差額支給申請書														
(世帯主) 申請者	住所氏名	(連絡先) 電話												
申請者個人番号	の	号												
被保険者の記号・番号						療養を受けた被保険者氏名								
世帯番号	受診者宛名番号													
被保険者の個人番号														
生年月日						性別								
療養を受けた医療機関等の名称														
食事・生活療養費	入院期間	から					まで					日間		
	減額が受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった <input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中であった <input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>					食事回数	回		居住日数	日			
	入院期間に受けた食事療養に支払った額(標準負担額)		十万		万	千	百	十	円					
	差額支給額													
(-) × 回 = 円														
負担割合差額	診療年月						費用額	円		診療日数	日			
	患者負担割合	割 から 割 に変更					変更前一部負担金	十万		万	千	百	十	円
							変更後一部負担金							
							差額支給額							
発症又は負傷の理由	1：第三者行為(交通事故等) 2：業務上の災害(通勤災害等) 3：その他(自損事故・疾病等)													

上記のとおり食事・生活療養費差額に関する証拠書類を添えて申請します。

申請年月日 年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。

振込先	口座名義人(カナ)												
	振込先金融機関	銀行コード						支店コード					
		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合						支店					
		(右詰前0) 口座番号						預金種目		1 普通	2 当座	4 貯蓄	
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印													

国民健康保険 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日から 年 月 日まで	枚中	枚目
フリガナ	対象者区分				
申請者氏名	保険者名				
生年月日	年 月 日	性別	加入期間 年 月 日から 年 月 日まで		
記号・番号	個人番号		加入期間における 受診歴 8月 9月 10月 11月 12月 年		
加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称				
支給方法 1. 窓口払い 2. 口座振込	振込口座 記入欄	銀行 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
		本店 支店 出張所		フリガナ	口座名義人
フリガナ	対象者区分				
世帯員氏名	保険者名				
記号・番号	個人番号		加入期間 年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	年 月 日	性別	加入期間における 受診歴 8月 9月 10月 11月 12月 年		
加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称				
フリガナ	対象者区分				
世帯員氏名	保険者名				
記号・番号	個人番号		加入期間 年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	年 月 日	性別	加入期間における 受診歴 8月 9月 10月 11月 12月 年		
加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称				
フリガナ	対象者区分				
世帯員氏名	保険者名				
記号・番号	個人番号		加入期間 年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	年 月 日	性別	加入期間における 受診歴 8月 9月 10月 11月 12月 年		
加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称				

備考

申請年月日	年 月 日	郵便番号	日
		住所	
		申請者氏名	
		電話番号	

① 外来年間合算の支給を申請します。
 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

高額介護介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	支給申請書整理番号	(保険者等記入欄)
フリガナ	生年月日	性別	計算期間の始期及び終期 ～			
氏名	個人番号	性別				
国民健康保険資格情報						
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間	
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員			
後期高齢者医療資格情報						
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称				加入期間
介護保険資格情報						
保険者番号	被保険者番号	保険者名称				加入期間
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	フリガナ	振込先口座管理番号		
1. 窓口払い						
2. 口座振込						
添付の自己負担額証明書整理番号						
保険者加入歴	1	2	3	備考欄		

〒 年 月 日 住所

郵便番号 申請代表者 氏名 個人番号 電話番号

① 上記対象者について、高額介護介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で困んでください。

高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で困んでください。