国民健康保険高額療養費支給申請書

①被保険者記号番号	鳴門	（　　年　　月診療分）	
②療養を受けた者の氏名	1.	2.	3.
③個人番号			
④療養を受けた者の生年月日			
⑤世帯主との続柄			
⑥傷病名			
⑦療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地　名称			
⑦　所在地			
⑧⑦の病院等で療養を受けた期間	年　月　日から 同月　日まで　日間	年　月　日から 同月　日まで　日間	年　月　日から 同月　日まで　日間
⑨⑧の期間に受けた医療に対し病院等で支払った額	円 ※ ※（　　）	円 ※ ※（　　）	円 ※ ※（　　）
⑩他の制度により自己負担額相当額また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
⑪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	1. 年　月 診療分	2. 年　月 診療分	3. 年　月 診療分
⑫発病の原因	□一般疾病　□第三者行為		

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主の住所

個人番号

鳴門市長　殿　　　氏　　名

電話番号　（　　　）　　－

次のとおり決定してよろしいか。

年　月　日	整理№.

保険対象医療費総額	公費負担額	保険者負担額	一部負担金	その他公費負担額	高額療養費
円	円	円	円	円	円

一般	一般分費用額/総費用額 × 高額療養費額 ―――― × ＝ 円	退職	一般分費用額/総費用額 × 高額療養費額 ―――― × ＝ 円	保険税確認	1．完納 2．未納 （　　円）

課長	副課長	係長	係