

高額療養費支給申請書

平成17年 1月診療分

被保険者証の記号・番号		島4— 000140045		世帯主名 須賀川 太郎	
療養を受けた者の氏名		1 須賀川 一郎		2	
生年月日		昭和55年4月22日 平成		昭和 年 月 日 平成	
高齢者該当の有無		1 該当 2 非該当		1 該当 2 非該当	
被保険者等の区分		1 一般 2 本人 3 被扶養者		1 一般 2 本人 3 被扶養者	
入院・外来区分		1 入院 2 外来		1 入院 2 外来	
病院・診療所、薬局等の名称所在地		別添領収書記載のとおり			
の病院等で療養を受けた期間		平成17年 1月 1日から31日まで(31)日間		平成 年 月 日から 日まで()日間	
の期間中に病院等に支払った金額		保険診療分(10円未満四捨五入) 177,530円		円	
他の制度により一部負担金の全額又は一部について支給が受けられるかどうか		1 受けられる 制度名 () 2 受けられない		1 受けられる 制度名 () 2 受けられない	
で受けられる場合費用徴収の有無		有 ・ 無		有 ・ 無	
今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費を受けた場合、その直近の診療年月及び氏名		診療月 1回 平成 年 月 診療 氏名		2回 平成 年 月 診療 氏名	
備考		世帯主振込口座 金融機関名 銀行・農協 本店 須賀川 信金・信組八幡町 支店 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 種 ・ 普通 口座名義(仮付) スカガワタロウ 別 ・ 当座			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>平成17年 2月15日 〒962-0831</p> <p>住所 須賀川市八幡町135</p> <p>世帯主 氏名 須賀川 太郎 印</p> <p>(電話 75-1111)</p> <p>須賀川市長 様</p>					
処 理 区 分				判 定 区 分	
一般	1 世帯合算		2 3		1 一般 2 高齢者
	多数該当	その他	多数該当	その他	
	1 世帯合算 2 外来		3 高齢者		課税 非課税 上位所得
	多数該当	その他	多数該当	その他	一般 一定以上 低 低

申請にあたっては裏面を参照してください。なお、印欄は記入の必要はありません。