

高額療養費支給申請書										年 月診療分				
①被 保 険 者 記 号・番 号		島 4 —				②世 帯 主 氏 名								
③療養を受けた者の氏 名		1				2				3				
④個 人 番 号														
⑤生 年 月 日		年 月 日				年 月 日				年 月 日				
⑥高齢者該当の有無		1 該当 2 非該当				1 該当 2 非該当				1 該当 2 非該当				
⑦入院・外来区分		1 入院 2 外来				1 入院 2 外来				1 入院 2 外来				
⑧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												
⑨⑧の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 日まで()日間				年 月 日から 日まで()日間				年 月 日から 日まで()日間				
⑩⑨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) 円				円				円				
⑪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				1 受けられる 制度名 () 2 受けられない				
⑫⑪で受けられる場合費用徴収の有無		有 ・ 無				有 ・ 無				有 ・ 無				
⑬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 年 月診療				2 回 年 月診療				3 回 年 月診療			
		氏名												
振 込 口 座	☐ 公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方) ※公金受取口座への振込を希望する場合は、上記のチェックボックスに「✓」マークを入れ、以下の口座情報欄に記載する必要はありません。										備 考			
	金融機関名 支店等名	銀行・農協 信金・信組		本店 支店		預 金 別	普通 ・ 当座							
						口座番号								
						口座名義 (カタカナ)								
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。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 須賀川市長 (代理人)														
※ 処 理 区 分										※ 判 定 区 分				
□ 一 般	1 世帯合算		2	3	□ 高 齢 者	1 世帯合算		2		1 一般	2 高齢者			
	① 多 数 該 当 分	② その他	① 多 数 該 当 分	② その他		① 多 数 該 当 分	② その他	① 外 来						

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。