

国民健康保険 高額療養費 支給申請書（総括表）

No.1

番号	世帯主氏名	診療年月	交通事故等の第三者行為	
		年 月	該当有 ・ 該当無	
上記診療月において療養を受けた者（1人目）				
番号	氏名	生年月日	性別	
①		年 月 日	男 ・ 女	
マイナンバー（個人番号）		他法 優先	制度名 費用徴収	有 無
上記診療月において療養を受けた者（2人目）				
番号	氏名	生年月日	性別	
②		年 月 日	男 ・ 女	
マイナンバー（個人番号）		他法 優先	制度名 費用徴収	有 無
上記診療月において療養を受けた者（3人目）				
番号	氏名	生年月日	性別	
③		年 月 日	男 ・ 女	
マイナンバー（個人番号）		他法 優先	制度名 費用徴収	有 無
上記診療月において療養を受けた者（4人目）				
番号	氏名	生年月日	性別	
④		年 月 日	男 ・ 女	
マイナンバー（個人番号）		他法 優先	制度名 費用徴収	有 無
西郷村長 様 年 月 日				
関係書類を添えて、上記のとおり申請します。				
住所				
申請者氏名 （世帯主）		マイナンバー（個人番号）		
電話番号				
振込先情報				
☐ 公金受取 ☐ 座を希望する				
銀行 信金 農協 ()	本店 支店 本所 支所	普通 ・ 当座 口座番号	口座名義人 カナ 氏名	

◆ 裏面の注意事項等もご確認ください。

※ 下記の表は職員が使用するもので、記入する必要はありません。

合計総医療点	合計負担額	限度額	区分	支給済額	支給決定額
点	円	円		円	円

国民健康保険 高額療養費 支給申請書（注意事項等）

No.2

- 1 支給申請は、診療月ごとに作成、申請してください。
- 2 高額療養費を世帯主以外に振り込むことを希望する場合は、下記の「受領委任欄」に必要事項をご記入ください。
- 3 「国民健康保険 高額療養費 支給申請書（総括表）」の他法優先欄は他の制度により、一部負担金の全部または一部について支給が受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけてください。受けられる場合は次に掲げる医療費助成のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的制度名）を記入してください。

公費負担医療一覧

記号	根拠法令等（略称）	公費負担医療
ア	戦傷病者特別援護法	療養の給付
イ		更生医療
ウ	原子爆弾被害者援護法	認定疾病医療
エ		入院医療（新感染症）
オ	感染症法	入院医療（1・2類）
カ		適正医療（結核）
キ		入院医療（結核）
ク	心神喪失者等医療観察法	医療の給付
ケ	精神保健福祉法	措置入院医療
コ		精神通院医療
サ		更生医療
シ	障害者総合支援法	育成医療
ス		療養介護医療
タ		基準該当療養介護医療
チ	麻薬及び向精神薬取締法	措置入院医療
ツ		療育医療
テ		小児慢性特定疾病医療費
ト	児童福祉法	児童保護措置
ナ		障害児入所医療
ニ		肢体不自由児通所医療
ヌ	母子保健法	養育医療
ネ	難病法	特定医療
ノ	特定疾患治療研究事業等の特定疾患治療費	
ハ	肝炎治療特別促進事業	
ヒ	石綿健康被害救済法	医療費
フ		定期検査費
ヘ	特定B型肝炎ウイルス感染者特別措置法	母子／世帯内感染防止医療費
ホ	中国残留邦人等支援法律	医療支援給付

- 4 「国民健康保険 高額療養費 支給申請書（明細書）」の一部負担金欄は、医療機関に支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料や先進医療、食事代、歯科で認められている差額等については除いてください。
- ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った全額を記入し、備考欄にその旨を記入して下さい。
- 5 必ず領収書を添えて申請してください。（ただし、特別な指示がある場合を除く）
- 6 総括表の診療年月以前1年間に、高額療養費に該当する月（現物給付・償還払い問わず）が、3か月以上ある場合、下記に直近3か月分の診療月をご記入ください。

診療月	年	月	年	月	年	月
-----	---	---	---	---	---	---

受 領 委 任 欄

年 月 日

委任者
(世帯主) 住所 _____
氏名
(自署) _____

私（申請者）は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。

受任者
(代理人) 住所 _____
氏名 _____ 委任者との
関係 _____

国民健康保険 高額療養費 支給申請書（明細書）

No.3

受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						

◆ 裏面にもご記入いただけます

国民健康保険 高額療養費 支給申請書（明細書・次葉） No.4

受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						
受療者氏名 または 総括表の番号		医療機関名				
		所在地				
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入外種別	入院 ・ 外来		
傷病名		一部負担金		点数		
備考						

◆ 記入内容が足りない場合は複数枚ご使用ください。