第２５号様式

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	21　0123654			令和○年　○月　診療分
受療者氏名				
受療者個人番号				
受療者生年月日				
一般・退職被保険者等の別	一般・退職・入院・外来・歯科・調剤	一般・退職・入院・外来・歯科・調剤	一般・退職・入院・外来・歯科・調剤	
前期高齢者	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	
低所得	Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ・Ⅱ	
主たる傷病名				
療養を受けた病院診療所等の名称及び所在地 名称				
療養を受けた病院診療所等の名称及び所在地 所在地				
上記病院等で療養を受けた期間	令和　年　月　日から 同月　日まで（　日間）	令和　年　月　日から 同月　日まで（　日間）	令和　年　月　日から 同月　日まで（　日間）	
療養に対し病院等で支払った金額	円（　）	円（　）	円（　）	
他の制度により自己負担相当額又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	
今回申請の診療月以前に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3か月分	診療月			
備考		市町村民税の賦課状況		

国民健康保険法施行規則第27条の16の規定により，関係書類を添付して上記のとおり支給申請します。また，今後，この申請手続を簡素化することを併せて申請します。なお，高額療養費の支給申請に当たり，一部負担金は支払済みとなっております。

令和　○　年　○　月　○　日

世帯主
住所　八千代市大和田新田312－5
氏名　新田　一郎
個人番号
電話　047　（483）1151

八千代市長

限度額	円	支給額	円

口座振込依頼書（上記の申請による支給額を下記の口座に振込依頼します。）

※印字内容に変更がある場合は，赤字で訂正し訂正印を押してください。

振込	●●●●◇◇	●●●○○	預金種目	口座番号
	◇◇ 銀行・金庫 組合・農協	○○ 本店・支店	1:普通　2:当座	4561234
口座名義人	ｼﾝﾃﾞﾝ　ﾊﾅｺ 新田　花子	（受領を委任する場合） 左記口座名義人に支給金額の受領を委任します。 世帯主氏名　新田　一郎		

なお，振込済みをもって受領したものとします。

■令和3年12月1日以降の新様式申請書に係る記載例と説明

1 **3** の欄は記入不要です。

2 の欄【世帯主様記入欄】

①この申請書を提出する日付を記入してください。

②世帯主様の住所・氏名・個人番号・電話番号を記入してください。

※ 個人番号(マイナンバー)は空欄でも受け付けます。

③支給申請手続簡素化申請方法

上記②の記入により申請したことなります。

【簡素化を申請しない場合】

左記文書中の「また、今後、この申請手続を簡素化することを併せて申請します。」を横線で消してください。

4 の欄【世帯主様記入欄】

①口座の印字がされている場合は変更が無いか確認してください。

【口座情報を変更する場合】

印字された口座情報を横線で消し、新しい口座情報等を記してください。

【口座の印字がされてない場合】左記を参照し、口座情報等を記入してください。

②世帯主口座に振り込む場合は、受領委任欄の記入は不要です。

【世帯主口座以外に振込を希望する場合】受領委任欄に世帯主様の署名をしてください。