

|     |     |      |     |   |
|-----|-----|------|-----|---|
| 課 長 | 調整監 | 課長補佐 | 課 員 | 係 |
|     |     |      |     |   |

野辺地町国民健康保険・高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

|                  |  |                  |  |       |             |  |
|------------------|--|------------------|--|-------|-------------|--|
| 課<br>税<br>区<br>分 |  | 該<br>当<br>回<br>数 |  | 年 月診療 | そ<br>の<br>他 |  |
|                  |  |                  |  | 年 月診療 |             |  |
|                  |  |                  |  | 年 月診療 |             |  |

|                                                    |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------------|--|---|
| 被保険者証<br>の<br>記 号・番 号                              | 野 国                               | 療養を受けた<br>被保険者の<br>氏 名・<br>生 年 月 日 |                                   |       | 世帯主<br>との<br>続 柄 |  |   |
|                                                    |                                   |                                    | 昭・平・令 年 月 日                       |       |                  |  |   |
| 傷 病 名                                              |                                   | 別 紙 診 療 報 酬 明 細 書 の と お り          |                                   |       |                  |  |   |
| (A)                                                | 療養を受けた病院・<br>診療所・薬局などの<br>名称及び所在地 | 名 称                                |                                   |       |                  |  |   |
|                                                    |                                   | 所在地                                | (領収書の写し等の添付書類に記載されている場合は、省略できます。) |       |                  |  |   |
| (B)                                                | (A)の病院などで<br>療養を受けた期間             | 年 月 日から<br>同月 日まで                  | 日間                                |       |                  |  |   |
| (C)                                                | (B)期間に受けた<br>療養に対し病院な<br>どへ支払った金額 | 円                                  |                                   |       |                  |  |   |
| (保険適用額 円)                                          |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| 備考 [(レセプト点数 × 10円) × 自己負担割合] = 費用額 - 自己負担限度額 = 支給額 |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| 1%加算分                                              |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| ア 252,600円 + ( )                                   |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| イ 140,100円 多数                                      |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| ウ 167,400円 + ( )                                   |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| エ 93,000円 多数                                       |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| オ 80,100円 + ( )                                    |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| カ 44,400円 多数                                       |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| キ 57,600円                                          |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| ク 44,400円 多数                                       |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| コ 35,400円                                          |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| サ 24,600円 多数                                       |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| (平成27年1月1日診療分から)                                   |                                   |                                    |                                   |       |                  |  |   |
| 払い込み<br>金融機関                                       | 銀 行                               | 口 座                                | 普                                 | 支 給 額 |                  |  | 円 |
|                                                    | 信用金庫                              | 番 号                                | 当                                 |       |                  |  |   |
|                                                    |                                   | 本・支店                               |                                   |       |                  |  |   |

上 記 の と お り 申 請 し ま す 。

年 月 日

住所 野辺地町字

世帯主個人番号

世帯主氏名 (TEL - - )

野 辺 地 町 長 宛