様式　第４号

# 国民健康保険高額療養費支給申請書（令和　　年　　月診療分）

令和　　年　　月　　日

〒

自　宅　住　所

組合員個人番号（マイナンバー）

申請人（組合員）氏名　　㊞

電　話　番　号　　（　　）

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長　様

下記のとおり必要書類を添えて申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ①被保険者証記号 | | 番号 | | |
| ②療養を受けた被保険者の個人番号（マイナンバー） | | | | |
| ③療養を受けた被保険者の氏名 | | | | |
| ④療養を受けた被保険者の生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　年　月　日 | 昭和<br>平成<br>令和　年　月　日 | 昭和<br>平成<br>令和　年　月　日 | |
| ⑤組合員との続柄 | | | | |
| ⑥傷病名 | | | | |
| ⑦発症又は傷病の理由 | 1：第三者行為（交通事故等）<br>2：業務上の災害（通勤災害等）<br>3：その他（自損事故・疾病等） | 1：第三者行為（交通事故等）<br>2：業務上の災害（通勤災害等）<br>3：その他（自損事故・疾病等） | 1：第三者行為（交通事故等）<br>2：業務上の災害（通勤災害等）<br>3：その他（自損事故・疾病等） | |
| ⑧療養を受けた医療機関・診療所等の名称・所在地　名称 | | | | |
| ⑧療養を受けた医療機関・診療所等の名称・所在地　所在地 | | | | |
| ⑨診療科目、入院・通院等の区分 | | | | |
| ⑩他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか | 受けられる<br>（制度名：　　）<br>（徴収費用の　有・無）<br>受けられない | 受けられる<br>（制度名：　　）<br>（徴収費用の　有・無）<br>受けられない | 受けられる<br>（制度名：　　）<br>（徴収費用の　有・無）<br>受けられない | |
| ⑪病院等で支払った金額 | 円 | 円 | 円 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ⑫今回申請の診療月以前１年間に高額療養費を支給されている月が３ヶ月以上（※）あるときはその直近３ヶ月の診療月 | 1 平・令　年　月診療分<br>2 平・令　年　月診療分<br>3 平・令　年　月診療分 | ⑬ 世帯（所得）区分 | 70歳以上75歳未満 | | 世帯全体 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑭ 振込先金融機関名 | | | 支店名 | 店 |
| 口座番号 | 普通<br>当座<br>貯蓄 | 番号【右ヅメでご記入ください】 | フリガナ<br>名義人 | |

| 処理欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 費用額 | 円 | 支給額 | 円 |
| 自己負担額 | 円 | 既支給額 | 円 |
| 自己負担限度額 | 円 | 支給決定額 | 円 |

※70歳以上の方の外来のみは回数に含みません。

**（裏面あり）**



R1･6

# ～申請の際の注意事項について～

**■注意事項**

・申請書は、診療月ごとに作成してください。
・申請書の右上の申請人 ( 組合員 ) 情報と太枠内は必ず記入してください。
・②欄は、療養を受けた被保険者の個人番号（マイナンバー）を記入してください。
**・個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。**
・⑦欄は、該当する項目に〇印をつけてください。
・⑩欄は、他の制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給が受けられるかどうかについて該当する方に〇印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度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。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に〇印をつけてください。

ア　感染症法（結核）による支給
イ　更生医療
ウ　育成医療
エ　児童福祉法による療育の給付
オ　原爆被爆者援護法による支給
カ　精神保健福祉法による支給
キ　精神通院医療
ク　麻薬及び向精神薬取締法による支給
ケ　養育医療
コ　療養介護医療
サ　感染症法（新感染症・一類感染症等）による支給
シ　肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付
ス　特定疾患治療研究事業
セ　先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る医療の給付
ソ　児童福祉法による小児慢性特定疾病医療費の支給
タ　児童福祉法の措置等に係る医療の給付
チ　難病法による支給
ツ　特定Ｂ型肝炎特別措置法による支給
テ　石綿健康被害救済法による救済
ト　その他（　　）

・⑪欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いた金額を記入してください。
・⑬欄は、所得判定欄となり、組合が使用するため、記入しないでください。
※具体的な所得証明書類や所得区分の判定、自己負担限度額の計算方法等については当組合の HP または国保のしおりを参照してください。
・⑭欄は、申請人（組合員）の希望する振込先金融機関情報を記入してください。