

前期高齢者

国民健康保険高額療養費支給申請書

この申請書は、70歳以上の方が1カ月の医療費が基準額を超えた場合に払い戻し受けるときに使用します。

【療養を受けた被保険者】

フリガナ				生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日
氏名				個人番号						
被保険者番号	宮一		世帯主との続柄			診療月	令和		年	月

【療養の状況】

受診医療機関		受診期間	費用額 円	支払額(自己負担額)円
入院	名称	日 ~ 日 日間		
	住所			
院	名称	日 ~ 日 日間		
	住所			
外	名称	日 ~ 日 日間		
	住所			
来	名称	日 ~ 日 日間		
	住所			
	名称	日 ~ 日 日間		
	住所			

【申請者】(世帯主)

宮津市長 様		令和 年 月 日	
上記のとおり申請します。			
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
氏名		個人番号	
		日中連絡先	— —
住所	〒 宮津市字 (建物名等)		

委任欄	この欄は給付金の受領を世帯主以外に頼むときだけ記入してください	上記高額療養費の受領を()に委任します。	
		令和 年 月 日	
		世帯主氏名 ⑨	

※いずれかに☑してください。

- ☐ 公金受取口座を利用する。(マイナポータル等から登録した口座を利用する方。金融機関情報は記入不要)
- ☐ 受取口座を指定する。(以下の金融機関情報を記入してください。)

【金融機関情報】

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
銀行・信金・労金	本店・支店	普通		
信組・農協・漁協	出張所	当座		

宮津市使用欄 ※この欄は記入しないでください。					
課税状況		課 税 ・ 非課税 ・ 無申告 ・ 免 除		1%負担あり	
区 分		一 定 以 上 ・ 一 般 ・ 低 II ・ 低 I		多数	
入 院	①医療費	円	②自己負担額	円	レセプト 枚
	252,600円		842,000円		
	167,400円	+ (① 円 - 558,000円)×1% = (A)			円(自己負担限度額)
	80,100円		267,000円		
		② -(A) =			円(支給額)
外 来	①医療費	円	②入院自己負担額	円	③外来自己負担額 円
	252,600円		842,000円		
	167,400円	+ (① 円 - 558,000円)×1% = (A)			円(自己負担限度額)
	80,100円		267,000円		
		② -(A) =			円(支給額)
個人番号確認方法		☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ その他() ☐ 書類提示が困難である理由(忘れて持参してない、所在が分からない、())			
実 存 確 認 方 法		☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 資格確認書 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 福祉医療証 その他()			
手 続 き 方 法		☐ 窓口申請(☐ 本人・ ☐ 代理人) ☐ 郵送による申請		手続き	☐ 完了 ☐ 未