

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

(ア・イ・ウ・エ・オ・未)
(多数・合算)

①国民健康保険被保険者 記号番号		②療養を受けた 被保険者の 個人番号・ 氏名・ 生年月日																													
国札 —				年 月 日生																											
③療養を受けた 期間と日数		年 月 日から 日まで(日間)						④ 傷 病 名		別紙明細書 のとおり																					
⑤療養を受けた 病院等の名称 及び所在地		所在地								⑥科 別		医科・歯科 入院・通院																			
		名 称		病院・医院																											
⑦ ③の期間に受けた療養に対し病院等に支払った額										円																					
⑧ 備 考																															
⑨ 上記のとおり申請します。 なお、上記③の療養期間において、世帯内に札幌市又は北海道の医療費助成等事業(※)による給付を受けている者がいるときは、高額療養費のうち当該医療費助成等事業により支給される又は支給された額までの部分は、その受領を当該事業の実施者である札幌市長又は北海道知事に委任します。 また、上記申請にかかる一部負担金については医療機関へ支払い済みです。 年 月 日 <table border="1"> <tr> <td>世帯主個人番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 世帯主住所 札幌市 区 世帯主氏名 電話 — (宛先) 札幌市 区長																世帯主個人番号															
世帯主個人番号																															
⑩ 世帯主の 振込先 金融機関名		保険料の口座振替をしている方で、同じ口座に高額療養費の振込を 希望する ・ 希望しない																													
		銀行・信金 信組・農協						本店・出張所 支店・支所																							
		預 金 種 目						店番号 口座番号																							
		普 通・貯 蓄 その他()						[] — []																							

※ 札幌市子ども医療費助成事業、札幌市ひとり親家庭等医療費助成事業、札幌市重度心身障がい者医療費助成事業、特定疾患治療研究事業（北海道独自）、ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業（北海道単独事業）

(領収書確認 円) (第三者行為 該当・非該当)

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

◎記載上の注意事項

- 1 この申請書は、次によって作成してください。
 - (1) 1か月ごと、被保険者ごと、医療機関ごとに作成してください。
 - (2) 同じ医療機関で、医科と歯科の療養を受けたときは、別々に作成してください。
 - (3) 同じ医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成してください。
- 2 ③欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 ⑦欄の病院等に支払った額は、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もの(例えば、特別室料、歯科の自由診療、出産の費用等)及び入院時に食事療養を受けた場合の標準負担額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、医療機関等に支払った金額を記入して⑧備考欄にその旨を記入してください。
- 4 資格確認書等と領収書（申請月の3か月以上前の受診分は不要）は、必ず提出してください(確認後お返しいたします。)。
- 5 支払は、診療を受けた月から、おおむね3～4か月後になります。