

赤字のところを記載してください

(表)

国民健康保険高齢受給者高額療養費支給申請書

令和6 年 3 月 診療分

(低Ⅰ、低Ⅱ、一般、現役並み)

(多数・合算)

|                     |      |                                              |                                                  |                                                                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ①国民健康保険被保険者<br>記号番号 |      | ②療養を受けた<br>被保険者の<br>個人番号・<br>氏 名・<br>生 年 月 日 |                                                  | 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9                                           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 国札チ 001— 0001       |      | 札幌 花子<br>昭和27 年 10月 1日生                      |                                                  |                                                                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養を<br>受けた<br>期間   | 日～ 日 | ④傷<br>病<br>名                                 | ⑤病<br>院等<br>の<br>名<br>称<br>及<br>び<br>所<br>在<br>地 | ⑥療<br>養<br>に<br>対<br>し<br>病<br>院<br>等<br>に<br>支<br>払<br>っ<br>た<br>額 | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 日～ 日 |                                              |                                                  |                                                                     | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 日～ 日 |                                              |                                                  |                                                                     | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 日～ 日 |                                              |                                                  |                                                                     | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 日～ 日 |                                              |                                                  |                                                                     | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 日～ 日 |                                              |                                                  |                                                                     | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 日～ 日 |                                              |                                                  |                                                                     | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

⑦ 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。

令和6 年 4 月 1 日

世帯主個人番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

世帯主住所 札幌市中央区北1条東1丁目1-1

世帯主氏名 札幌 花子

電話 211 — 2952

(宛先) 札幌市中央区長

|                      |                                            |                             |      |                 |
|----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|------|-----------------|
| 世帯主の<br>振込先<br>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 |                             |      |                 |
|                      | 大通                                         | 銀行・信金<br>信組・農協              | 中央   | 本店・出張所<br>支店・支所 |
|                      | 預金種目<br>普通貯蓄<br>その他( )                     | 店番号<br>[ 000 ] — [ 999999 ] | 口座番号 |                 |

※ 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（北海道独自分）、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 外来分 円 入院分 円) (第三者行為 該当・非該当)

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

(裏)

◎記載上の注意事項

- 1 この申請書は、1か月ごと、被保険者ごとに作成してください。
- 2 ③、④、⑤、⑥欄は同一月内に療養を受けた医療機関ごと、入院、外来(診療科が複数ある場合は診療科ごと)、歯科ごとに記入し、入院、外来、歯科の区分を⑥欄に併せて記入してください。ただし、申請書に領収書の写しを添付する場合は、記入の必要はありません。
- 3 ⑥欄については、保険診療分についてのみ記入し、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。
- 4 資格確認書等(その他に限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている方は限度額適用・標準負担額減額認定証)と領収証は、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。