**様式第２５号（第５０条関係）**

|  |  |
| --- | --- |
| **国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書** | **番号** |
| **様** | **年　　月　　日** |
| **診療分を下記のとおり申請します。** | **申請者（世帯主）****・個人番号****・住　　所****・氏　　名****・電　　話** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(1)** | **被保険者証記号・番号** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **(2)** | **被保険者の個人番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(3)** | **氏名** |  |  |  |  |
| **(4)** | **生年月日** |  |  |  |  |
| **(5)** | **一般・退職の区分** |  |  |  |  |
| **(6)** | **世帯主（組合員）との続き柄** |  |  |  |  |
| **(7)** | **傷病名** |  |  |  |  |
| **(8)** | **発症又は負傷の理由** |  |  |  |  |
| **(9)** | **病院等の名称****及び所在地** | **名称** |  |  |  |  |
| **所在地** |  |  |  |  |
| **(10)** | **医療費・療養費等の区分** |  |  |  |  |
| **(11)** | **入院・外来の区分** |  |  |  |  |
| **(12)** | **(9)の病院等で療養****を受けた期間** |  |  |  |  |
| **(13)** | **病院等で支払った金額** |  |  |  |  |
| **(14)** | **今回申請の診療年月以前****１年間に高額療養費の支給****を３回以上受けたときは****その直近の診療年月** |  | **(15) 課税区分****（世帯全体）** |  | **(16) 課税区分****（70歳以上）** |  |

**（※）**

|  |  |
| --- | --- |
| **国保世帯支給額** |  |
| **既支給決定額** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **支給決定額** |  | **―** | **調整額等（合計）** |  | **＝** | **世帯差引支給額** |  |

|  |
| --- |
| **支　　　払　　　方　　　法** |
|  |  |
| **支払場所** |  | **振　込　先** | **金融機関** | **金融機関コード** | **金融機関名** |
| **店番号** | **店名** |
| **支払期間** |  | **口座種目** |  | **口座番号** |  |
| **口座名義人****（カナ）** |  |
| **（世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名してください。）****上記名義人口座への振り込みを了承します。****世帯主氏名** |