

第14号様式

本件下記のとおり届け出 があったので処理します	理事長	常務理事	事務長	事務次長	総務係長	業務係長	係

## 高額療養費支給申請書

( 令和 年 月 診療分 )

被保険者証の 記号番号	記号	道 薬	番 号	—	—
組合員の氏名			組合員の 生年月日	年	月 日
個人番号	-----				
療養を受けた者の 氏名・続柄	1	続柄	2	続柄	3
個人番号	-----				
療養を受けた者の 生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日
療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名 称				
	所在地				
傷 病 名					
病院等で療養 を受けた期間	令和 年 月 日から 日まで 入院・通院 日間		令和 年 月 日から 日まで 入院・通院 日間		令和 年 月 日から 日まで 入院・通院 日間
病 院 等 に 支 払 っ た 額	円		円		円
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	1. 受けられる 2. 受けられない		1. 受けられる 2. 受けられない		1. 受けられる 2. 受けられない
	制度名( ) 費用徴収の有無(有・無)		制度名( ) 費用徴収の有無(有・無)		制度名( ) 費用徴収の有無(有・無)
第三者行為の有無	第三者行為による傷病ですか ( はい ・ いいえ )				
世 帯 区 分	ア. 901万円超 エ. 210万円以下	イ. 600万円超～901万円以下 オ. 住民税非課税	ウ. 210万円超～600万円以下 (ア～エは基礎控除後の所得額)		
高 齢 者 区 分	1. 現役並み所得者 ( Ⅲ ・ Ⅱ ・ Ⅰ ) 2. 一般 3. 非課税 ( Ⅱ ・ Ⅰ )			・多 数 該 当 ・合 算	
払 渡 希 望 の 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合	( )	店番号	本・支店 郵便局	
	( 普 通 ・ 当 座 ) 口座番号	ふりがな ( )	口座名義 ( )	様宛	
上記のとおり申請します。					
年 月 日		組合員の住所 _____			
北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 様			氏名 _____ (印)		
※支給決定額	円	※支給年月日	年	月	日

(注)※欄は記入しないで下さい。