（様式第14号）

国民健康保険高額療養費支給申請書

（　　年　　月診療分）

①被保険者記号番号	島７－		
②療養を受けた被保険者の氏名	1	2	3
③マイナンバー			
④生年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
⑤被保険者等区分	70歳未満・70歳以上	70歳未満・70歳以上	70歳未満・70歳以上
⑥傷病名	診療報酬明細書のとおり	診療報酬明細書のとおり	診療報酬明細書のとおり
⑦病院・診療所・薬局等の名称及び所在地			
⑧⑦の病院等で療養を受けた期間	年　月　日から 年　月　日まで （　　日間）	年　月　日から 年　月　日まで （　　日間）	年　月　日から 年　月　日まで （　　日間）
⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院等に支払った金額	円	円	円
⑩今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費を受けた場合、その直近3回分の診療年月及び氏名	1回目　年　月診療 氏名	2回目　年　月診療 氏名	3回目　年　月診療 氏名

振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協　支店 労金	（フリガナ） 名義人	
	口座番号	普・当		

上記のとおり国民健康保険法施行規則第27条の16第1項の規定により申請します。

年　月　日

喜多方市長

世帯主　住　所

氏　名

マイナンバー

電話番号　（　　）

※処理

算定基礎

診療点数×10円　　自己負担額　　薬剤一部負担金

（　　円）× 1 2 3 / 10 ＝（　　円）＋（　　円）

（　　円）× 1 2 3 / 10 ＝（　　円）＋（　　円）

（　　円）× 1 2 3 / 10 ＝（　　円）＋（　　円）

自己負担限度額

252,600円＋（　　円−842,000円）×1%
140,100円
167,400円＋（　　円−558,000円）×1%
93,000円
80,100円＋（　　円−267,000円）×1%
57,600円　44,400円
35,400円　24,600円　18,000円
16,000円　15,000円　10,000円
9,000円　8,000円　4,000円

第三者行為による傷病の有無の確認欄　□第三者行為によるものではない　□第三者行為によるもの →第三者行為担当に連絡すること。

療養に要した費用(A)		審査決定費用額(C) (A)−(B)		支給決定額	
審査結果の増減額(B)					

高額区分				税区分	特例調整	摘要
(1) 世帯合算		(2) 多数該当分	(3) 長期疾病分	(4) その他	ア・イ・ウ・エ・オ	有・無	
①多数	②その他				現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・課・低Ⅱ・低Ⅰ		

受付	入力	保管	マイナンバー確認	マイナンバー本人確認	マイナンバー代理人確認
			□ マイナンバーカード □ その他（　　）	□ マイナンバーカード □ 運転免許証 □ その他（　　）	□ 委任状 □ 資格確認書等 □ 住民票同一世帯 □ その他（　　）

※　欄以下は、申請者は記入の必要はありません。申請に当たっては、裏面を参照してください。