

① 被保険者証の記号番号		島85— (枝番)		② 世帯主氏名					
③ 療養を受けた者の氏名		1		2		3			
④ 療養を受けた者の個人番号									
⑤ 生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
⑥ 被保険者資格区分		一般		一般		一般			
⑦ 傷 病 名									
⑧ 病院、診療所、薬局等の名称及び所在地		名 称							
		所 在 地							
⑨ ⑧の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 月 日 日まで (日間)		年 月 日から 月 日 日まで (日間)		年 月 日から 月 日 日まで (日間)			
⑩ ⑨の期間中に病院等に支払った金額		円		円		円			
⑪ 第三者行為の有無		有・無		有・無		有・無			
⑫ 他の制度により一部負担金の全額又は一部について支給が受けられるかどうか		1 受けられる (制度名：) 2 受けられない		1 受けられる (制度名：) 2 受けられない		1 受けられる (制度名：) 2 受けられない			
⑬ ⑫で受けられる場合費用徴収の有無		有・無		有・無		有・無			
⑭ 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、その直近の診療年月日及び氏名		診療月		1回 年 月 診療		2回 年 月 診療			
		氏 名							
支 給 方 法		口 座 振 込		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する					
				<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下欄に指定口座をご記入ください）					
				金融機関支店名					
				預 金 種 類					
				口座名義人(カタカナ)					
				口 座 番 号					
現 金 払									
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 浪江町長 (電話 — —)									
支 給 決 定 額		円							
支給決定通知日		年 月 日							
※ 処 理	高 額 区 分				税区分	特例調整	支給台帳処理		
	1 世帯合算		2 多数該当	3 長期疾病	4 その他	低所得 一 般 上位所得	有・無	年月日	担当
	①多数該当	②その他							
	前期高齢者所得区分		低所得Ⅰ 一 般	低所得Ⅱ 一定以上		多 数 該 当		有	
							無		

※印欄は、申請者は記入の必要ありません。

(裏面)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 ⑨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 ⑩欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、保険診療分について記入し、保険診療分とならない特別室料及び歯科で認められている差額等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、医療機関等で支払った全額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
- 4 ⑭欄は、今回申請の診療月以前の1年以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。
- 5 領収書を申請書に添付してください。