

高

国民健康保険 高額療養費支給申請書

(令和 7年 12月分)

① 被保険者記号番号	医 師 組			99-999-999												
② 個人番号	1	2	3	4	2	3	4	5	3	4	5	6				
③ 医療を受けた者の氏名	1	国保 太郎					2						3			
④ 医療を受けた者の生年月日	昭和・平成・令和 50年 10月 1日					昭和・平成・令和 年 月 日					昭和・平成・令和 年 月 日					
⑤ 被保険者との続柄	本人															
⑥ 傷病名	傷病名を記載してください。															
⑦ 療養を受けた医療機関等の名称・住所	名 称	徳島総合病院														
	住 所	徳島市徳島町一丁目1番地														
⑧ ⑦の医療機関等で療養を受けた期間	令和 6年 12月 16日から 同月 20日まで 5日間					令和 年 月 日から 同月 日まで 日間					令和 年 月 日から 同月 日まで 日間					
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し医療機関等で支払った額	1,200,000円					円					円					
⑩ 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 (制度名 (費用徴収の有・無)) 2. 受けられない					別途、県や市町村から医療費補助を受けている場合はその内容を記入してください。					1. 受けられる (制度名 (費用徴収の有・無)) 2. 受けられない					
⑪ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その直近の診療月	年 月 診療分					該当する場合は記入してください。					年 月 診療分					

上記のとおり申請します。

令和 8年 1月 10日

(世帯主) 住 所 〒770-8665 徳島市幸町3丁目61番地

氏 名 国保 太郎

国保

個人番号 1 2 3 4 2 3 4 5 3 4 5 6

徳島県医師国民健康保険組合 理事長 殿

申請者(世帯主)以外が名義人である口座でも構いません。

本申請書は医療機関が発行した領収書を添えて提出してください。

フリガナ	コクホ タロウ	
口座名義人	国保 太郎	
金融機関名	□□銀行 △△支店	
種別・口座番号	普通 ・ 当座 1234567	