

新規 追加	同時受付月	処理状況	支給日
国民健康保険高額療養費支給申請書		診療年月	被保険者証の記号番号
		年 月	奈1・ -
療養を受けた被保険者の氏名	①	②	③
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
傷病名	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり
病院等の住所	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり
病院等の名称			
療養を受けた期間	日から 日 (日間)	日から 日 (日間)	日から 日 (日間)
入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 (処方箋交付元:)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 (処方箋交付元:)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 (処方箋交付元:)
療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
療養を受けた被保険者の氏名	⑤	⑥	⑦
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
傷病名	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり
病院等の住所	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり
病院等の名称			
療養を受けた期間	日から 日 (日間)	日から 日 (日間)	日から 日 (日間)
入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 (処方箋交付元:)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 (処方箋交付元:)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 (処方箋交付元:)
療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
振込口座等	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	
※世帯主/相続人以外の口座を希望する場合、委任状を添付	口座番号	口座の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他 ()
※相続人が申請する場合、相続申出書と戸籍謄本を添付	口座名義人 (世帯主/相続人)	口座名義人 (カタカナで記入)	
(あて先) 奈良市長		年 月 日	
〒 -			
住所			
世帯主(相続人)			
氏名		電話番号	
上記のとおり申請します。			

※保険料に滞納がある方は、保険料への充当をお願いします。

【事務処理欄】

収納状況	高額療養費支給額(A)	保険料充当額(B)	口座振込・窓口払額(A-B)	受付者
完納 滞納	円	円	円	

自己負担限度額区分														
多数	□該当 □非該当		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
所得区分	若者区分	70歳未満 高齢区分	70~74歳	課 : 一般				現役並み所得者				備考欄		
				II : 低所得者II				現III						
				I : 低所得者I				現I						