盛岡市国民健康保険高額療養費支給申請書

別紙

① 被保険者証の記号番号					—					

受診年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日 個人番号	医療機関名 処方箋発行医療機関	入外	日数	医療機関への支払額（自己負担額）
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円
平成 令和　年　月分		昭 平 令　年　月　日		□入 □外 □調	日	円

① この別紙については，**受診月順に**記載してください。
② 保険診療とならない治療費（予防接種やインプラント），食事代・室料等は含まれません。
③ 医療機関への支払いがお済みでないときは，申請できません。
④ 70歳未満の方は、医療機関ごと，外来・入院・歯科別（それぞれに係る調剤)で，自己負担額が21,000以上のものが合算対象となります。
⑤ 70歳以上75歳未満の方は，保険診療として支払ったすべての治療費の自己負担額が合算対象となります。