

# 国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者証記号番号		—				
療養を受けた被保険者氏名		資格種別	1 一般	診療年月	年 月分	
個人番号			2 退職者本人			
		3 退職者扶養				
療養の内訳	療養を受けた病院等の名称及び所在地	診療区分	療養を受けた期間		左記の療養に対して支払った額	
		入院・外来	日から	日まで	円	
		入院・外来	日から	日まで	円	
		入院・外来	日から	日まで	円	
		入院・外来	日から	日まで	円	
		入院・外来	日から	日まで	円	
		入院・外来	日から	日まで	円	
第三者行為の有無		有 ・ 無				
所得区分		単独 世帯合算 多数該当 長期疾病	今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた場合、その直近3回分の診療年月	高額該当 診療年月		
70歳未満	70歳以上			1	年 月	
アイ ウ エ オ	現役並みⅢ 一般 現役並みⅡ 低Ⅱ 現役並みⅠ 低Ⅰ			2	年 月	
			3	年 月		
① 医療費		② 公費負担額	③ 一部負担金	④ 自己負担限度額	⑤ 支給決定額(③-④)	
円		円	円	円	円	
振込先	金融機関名	店名	種別	口座番号(左詰め)	口座名義(世帯主名義:カナ)	
	銀行 農協 金庫	本店 支店	普通 当座			
<p>上記のとおり申請します。                  なお、同月、世帯内に地方単独事業により、一部負担金の一部又は全額を公費で現物給付されている者がおり、当該公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合には、その受領方を公費負担者へ委任します。</p>						
令和 年 月 日						
住所 羽咋市 町 番地						
(世帯主) 個人番号						
氏名						
(電話: — — )						
住所						
(あて先) 羽咋市長 (届出者) 氏名						
(電話: — — )						