

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

| | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|-------|----------------|---------|-------|------------|----|-------------|--|
| 保険証番号 | | 世帯主氏名 | | 診療年月 | | 課税区分 | | 所得区分 | |
| | | | | 年 月 | | ア イ ウ エ オ | | 上位 一般 低Ⅰ 低Ⅱ | |
| 交通事故等の第三者行為 | | | 有 ・ 無 | | | | | | |
| 請求年月 | 療養を受けた 被保険者氏名 | 生年月日 | | 性別 | 医療機関名 | 入外 | 日数 | 総医療費 | |
| | | 個人番号 | | | | | | 患者負担額 | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 年 月 | | 年 月 日 | 男・女 | | | 入・外 | | | |
| 貸付額 | | 支給済額 | | 被保険者負担額 | | 限度額 | | 支給額 | |
| 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 上記のとおり申請いたします。 | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 住所 _____ | | | | | | 個人番号 _____ | | | |
| 申請者氏名 _____ (世帯主) | | | | | | 電話番号 _____ | | | |
| 1: 現金 | 銀行 信用組合 農協 労働金庫 | 本店 | 種目 | | 口座名義人 | | | | |
| | | | 1. 普通(総合)2. 当座 | | フリガナ | | | | |
| 2: 振込 | | 支店 | 口座番号 | | 氏名 | | | | |
| | | | | | | | | | |