

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

筑後市長殿

( 年 月診療分)

被保険者証の記号番号				申請年月日 年 月 日				
12				住所 筑後市大字				
個人番号 ( )				世帯主名 (印)				
次のとおり申請します。				(TEL )				
療養を受けた者の	氏名	① 年 月 日			男・女	① 年 月 日		男・女
	生年月日				男・女			男・女
個人番号								
療養を受けた病院診療所等の	名称							
	所在地							
療養期間		年 月 日から			年 月 日から			
		日まで 日間			日まで 日間			
病院等で支払った金額 入院・外来別		円		入院・外来 調剤・歯科	円		入院・外来 調剤・歯科	
国保以外のほかの制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるか		受けられる(制度名 ) (費用徴収額 円)			受けられる(制度名 ) (費用徴収額 円)			
		受けられない			受けられない			
交通事故等の第三者行為		有・無		有の場合、届出状況を確認				
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、直近の月から記入してください。							保 険 税	
年 月療養分		年 月療養分		年 月療養分		完納・未納		
振込先		金融機関名		口座番号				
		支店名		(フリガナ) 口座氏名				
受 付	備 考				本人確認			
	届出者：委任状等(有・無)				個人番号カード 運転免許証 パスポート 住基カード(写真) その他( )			
課税状況		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ		過去1年間の高額療養費支給回数		<input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 3回未満		
高額療養費 算定基礎	No.	療養に要した費用額 A	一部負担金 B (A×0.3・0.2)	自己負担金	公費費用徴収額 C	高額療養費支給決定額 (B+C-		
	①	円	円	円	円	)		
	②	円	円	円	円	)		
	計	円	円	円	円	円		
高額療養費貸付額		円		支払通知年月日		年 月 日		
差引支給額		円		支給年月日		年 月 日		

一般前高( 歳)(計 円)  
退職