

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号 _____

大木町長 殿

申請者（世帯主）

- ・個人番号
- ・住所

- ・氏名
- ・電話
- ・被保険者証記号
- ・被保険者証番号

印

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号					
(2) 被保険者の個人番号					
(3) 氏名					
(4) 生年月日					
(5) 一般・退職の区分					
(6) 世帯主（組合員）との続柄					
(7) 傷病名					
(8) 発症又は負傷の理由		1:第三者行為（交通事故等） 2:業務上の災害（通勤災害等） 3:その他（自損事故・傷病等）	1:第三者行為（交通事故等） 2:業務上の災害（通勤災害等） 3:その他（自損事故・傷病等）	1:第三者行為（交通事故等） 2:業務上の災害（通勤災害等） 3:その他（自損事故・傷病等）	1:第三者行為（交通事故等） 2:業務上の災害（通勤災害等） 3:その他（自損事故・傷病等）
(9) 病院等の名称及び所在地	名称				
	所在地				
(10) 医療費・療養費等の区分					
(11) 入院・外来の区分					
(12) (8)の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
(13) 病院等で支払った金額		円	円	円	円
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月				(15)課税区分 (世帯全体)	(16)課税区分 (70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

支給決定額	円	－	調整額等（合計）	円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払方法					
窓口払			口座払		
支払場所		振込先	金融機関		
			口座種目		口座番号
支払期間			口座名義人 (カナ)		
※支払いは原則口座払いで行います。					