

課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

支給決定年月日	支給予定額
令和 年 月 日	円

①被保険者証の記号番号	一部負担金合計額	円
-------------	----------	---

②療養を受けた被保険者の氏名等	氏名			
	一般・退職別	一般・退職	一般・退職	一般・退職
	生年月日			
	個人番号			

③病名			
-----	--	--	--

④診療・薬剤の支給または手当を受けた病院・診療所・薬局その他の名称及び所在地	名称			
	所在地			

⑤上記の病院で治療を受けた期間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間
-----------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

⑥上記の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円 (保険診療分以外を含む・含まない)	円 (保険診療分以外を含む・含まない)	円 (保険診療分以外を含む・含まない)
--------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

⑦他の制度により一部負担金相当額また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 円) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収 円) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収 円) 受けられない
-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

⑧備考			
-----	--	--	--

⑨今回の申請の診療月以前12月間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その診療月	第1回目	第2回目	第3回目
	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月

医療機関受診理由	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 1.交通事故 2.ひき逃げ <input type="checkbox"/> 仕事中のケガ等 3.けんか 4.その他()
----------	---

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。
令和 年 月 日
土庄町長 様 世帯主 住所 小豆郡土庄町
氏名 (印)
個人番号

支給方法	<input type="checkbox"/> 窓口支給 <input type="checkbox"/> 口座振替	TEL
------	---	-----

振込先	預金銀行農協名	銀行・農協・漁協	支店
	口座種目・口座番号	普通・当座	
	口座名義人(フリガナ)	()	

委任状
上記費用の受領を口座名義人に委任します。
世帯主 住所 小豆郡土庄町
氏名 (印)