

国民健康保険高額療養費支給申請書

浜中町長 松本 博 様

令和 年 月 日

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	浜中	浜中	浜中	浜中
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り
(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・疾病等)	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・疾病等)	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・疾病等)	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・疾病等)
(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	国保	国保	国保	国保
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)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	年 月 診療分 年 月 診療分 年 月 診療分		(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				
支払場所	***	振込先	金融機関	口座払い
			口座種目	口座番号
支払期間			口座名義人(カナ)	

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。)
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名

印