

(省令第27条の16第1項関係)

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

年 月 日

大刀洗町長 様

被保険者記号・番号		9	6							
世帯主	住所	三井郡大刀洗町大字			電話番号	— —				
	氏名	印			個人番号					
振込先	銀行 信用金庫		本店(所)		預金種別	普通・当座				
	農協 信用組合		支店(所)			・()				
口座番号(右詰)					口座名義人(カタカナ)					

次のとおり申請します。(年 月診療分)

(注3) 交通事故等の第三者行為

有・無

療養を受けた人の	氏名	①	②	③
	生年月日・年齢	年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳
	個人番号			
	区分	一般・退職 割合 3 2	一般・退職 割合 3 2	一般・退職 割合 3 2
	療養を受けた医療機関等の名称及び所在地	ほか 件	ほか 件	ほか 件
	傷病名			
	診療を受けた期間	日 ~ 日	日 ~ 日	日 ~ 日
	自己負担金額/入院・外来の別	円 入院・外来	円 入院・外来	円 入院・外来
(注2) 公費対象者の場合	制度名： (費用徴収額)	制度名： (費用徴収額)	制度名： (費用徴収額)	
今回の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けている場合の直近の支給月。				①②③の支払額計
年 月分	年 月分	年 月分	A	円

(注)1. 上記の **太ワク** の中のみ記入してください。

- 他の公費制度等で支給を受ける場合は費用徴収額を記入してください。例: 重度障がい者医療
- 交通事故等の第三者行為による診療の場合は必ず「有」に○をしてください。

上記の者について下記のとおり決定してよろしいか。

課税区分(70歳未満)	ア・イ・ウ・エ・オ 多数	過去12月間のうち	回目	B	限度額	円
課税区分(70歳以上)	現役()・一般・低() 多数	入院	・ 外来	C	限度額	円
高額療養費貸付額	円	支払通知年月日	年 月 日	保険税	□完納	
差引支給額	A-(BまたはC) 円	支給年月日	年 月 日		□未納あり	

本人確認	番号カード・免許証・在留カード・ パスポート・障害者手帳・健康保険証・ その他 () (代理人・後見人申請) 委任状・登記事項証明書	受付	入力	確認

