

国民健康保険高額療養費支給申請書

八百津町長 様

年 月 日
 申請者 (世帯主)
 ・ 個人番号
 ・ 住所
 ・ 氏名
 ・ 電話



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) 療養を受けた被保険者の氏名				
(4) 療養を受けた被保険者の生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主 (組合員) との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(9) 診療科目・入院・外来の別				
(10) (8) の病院等で療養を受けた期間				
(11) (10) の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額				
(12) 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		(13) 課税区分 (世帯全体)		(14) 課税区分 (70 歳以上)

70 歳以上高額療養費			
高齢者外来		高齢者世帯合算	
外来一部負担金		高齢者世帯一部負担金	
外来自己負担限度額		自己負担限度額	
外来高額療養費		高齢者世帯高額療養費	
外来現物給付		入院現物給付	
他法調整額		他法調整額	
高齢者外来支給額		高齢者世帯支給額	

国保世帯全体	
70 歳未満一部負担金相当額	
高齢者世帯計算後負担額	
世帯自己負担限度額	
世帯高額療養費	
現物給付 (70 歳未満)	
他法調整額	
貸付額	
世帯支給額	

※限度額は制度上の限度額を表示しています。 特例該当有無

既支給決定額		差引支給額		世帯最終支給額	
--------	--	-------	--	---------	--

支払方法				
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 出張所
	口座種目	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

委任状 高額療養費を上記名義人の口座に振り込まれることを委任します。
 世帯主氏名

