

国民健康保険高額療養費 支給申請書

(平成 年 月診療分)

① 被保険者証記号番号 和45	療養を ② 受けた 被保険者	氏名	生年月日	世帯主との続柄
③ 傷病名				
④ 療養を受けた病院、診療所 薬局等の名称、所在地		名称	所在地	
⑤ ④の病院等で療養を 受けた期間		平成 年 月 日から	日間	
⑥ ⑤の期間に受けた療養に 対し、病院で支払った額		平成 年 月 日まで	円	
⑦ 高額療養費の申請額		円		
⑧ 上記のとおり 申請 します。 請求 平成 年 月 日 世帯主 住所 串本町 氏名 ⑩ 個人番号 串本町長 殿 電話 _____				
⑨ 第三者行為	申請した医療費の中に、交通事故など第三者の行為によるものがありますか はい いいえ			
⑩ 領収書	金 円也 領収しました。 平成 年 月 日 受領者の氏名及び印 ⑩			
⑪ 振込先	銀行 金庫 農協		支店 支所	普通・当座
	口座番号	フリガナ	口座名義人	

担当者 記入欄	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 世帯合算	<input type="checkbox"/> 65歳未満	<input type="checkbox"/> 入院のみ	<input type="checkbox"/> 多数該当	受付
	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 単独	<input type="checkbox"/> 65歳以上70歳未満	<input type="checkbox"/> 外来のみ		
			<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 入院・外来		