

国民健康保険高額療養費 支給申請書

(年 月診療分)

① 被保険者証記号番号	療養を ② 受けた 被保険者	氏 名	生年月日	世帯主との続柄
和45				
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		年 月 日から		日間
		年 月 日まで		
⑥ ⑤の期間に受けた療養に 対し、病院で支払った額		円		
⑦ 高額療養費の申請額		円		
⑧ 上記のとおり 申 請 請 求 します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 世帯主 住 所 串本町 氏 名 個人番号 串 本 町 長 殿 電 話 _____ </div>				
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 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </div>		
⑩ 領 収 書		金 円也 領収しました。 年 月 日 受領者の氏名		
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"/> 多数該当 <input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 退 職 <input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 65歳以上70歳未満 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 現役 <input type="checkbox"/> 未就学	受付	
------------	---	----	--