

国民健康保険高額療養費支給申請書

平戸市長 黒田 成彦

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

㊟

平成 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				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 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) 発症又は負傷の理由				
(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				
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間				
(13) 病院等で支払った金額		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3回以上受けたときはその直近の診療年月			(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					
窓口払い			口座振替		
支払場所		振込先	金融機関		
			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

㊟

第三者該当(有 ・ 無)
