

国民健康保険高額療養費支給申請書

村田町長 殿

申請 年 月 日 番号
 申請者(世帯主)
 ・個人番号
 ・住所
 ・氏名
 ・電話
 ・被保険者証記号 み村
 ・被保険者証番号

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)世帯主との続柄					
(7)傷病名					
(8)発症又は負傷の理由		1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)
(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					
(14)今回の申請の診療年月日以前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日				(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	
既支給決定額	

支給決定額		-	調整額等(合計)		=	世帯差引支給額	
-------	--	---	----------	--	---	---------	--

支払方法					
支払場所		振込先	金融機関	機関名	
				支店名	
支払期間			口座種目	普・当	口座番号
			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

印