

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

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)			
(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		国保	国保	国保	国保
(11)入院・外来の区分					
(12)(9)の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 同月 日まで 日間			
(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

公金受取口座を利用する (利用するものは口座情報の記入不要)

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

振込口座を指定する・窓口払いを利用する

支払場所		金融機関	機関名		
			支店名		
支払期間		振込先	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