国民健康保険高額療養費支給申請書

月診療分

|  |  |
| --- | --- |
| ①被保険者証記号・番号 | 世帯主個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ②療養を受けた方の氏名・生年月日・世帯主との続柄 | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③給付対象医療費 |  | 円 |
| ④療養を受けた病院薬局等の名称 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ⑤療養期間 | 平成　　　年　　　月　　　日　から　　　日まで　　　日間 |
| ⑥療養に対して病院等で支払った金額 |  | 円 |
| ⑦世帯限度額 |  | 円 |
| ⑧支給申請額（⑥－⑦） |  | 円 |
| ⑨発病又は負傷の理由 | **１．第三者行為（交通事故等）　　２．その他（自損事故・疾病等）**※該当するものに○を付けて下さい。 |
| 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。令和　　年　　月　　日世帯主住所申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印若桜町長　矢部　康樹　　様 |

※窓口支払希望　　※口座振替依頼書 未 ・ 済

高額療養費を下記の口座に振込んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼機関 | 銀行信用金庫協同組合 | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １　普通預金２　当座預金３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |