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 | | |  | | | | | | | | | | | |