

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

(〇 年 〇月診療分)

被保険者証の記号番号 香春・12345678

診療を受けた者の 氏名・性別 生年月日	1. 香春 太郎 男 大・昭・平 〇年 〇月 〇日	2. 男 大・昭・平 年 月 日	3. 男 大・昭・平 年 月 日
個人番号			
種 別	一般・退本・退家	一般・退本・退家	一般・退本・退家
診療を受けた病院等の 名称及び 所在地	名称	診療を受けた病院等の名称	
	所在地	診療を受けた病院等の所在地	
病院等で支払った金額	〇〇〇 円	円	円
入院・外来の別及び 傷病の原因	入院・外来 1. 一般疾病 2. 第三者行為	入院・外来 1. 一般疾病 2. 第三者行為	入院・外来 1. 一般疾病 2. 第三者行為
国保以外の他の制度に より自己負担相当額又は その一部の支給をう けられるか	・ 受けられる (制度名) (費用徴収額) ・ 受けられない	・ 受けられる (制度名) (費用徴収額) ・ 受けられない	・ 受けられる (制度名) (費用徴収額) ・ 受けられない
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、 直近の月から記入	提出日の記入をお願いします。		支 払 額 合 計
平成 年 月診療分	平成 年 月診療分	平成 年 月診療分	円

上記のとおり申請しますので、下記決定額を送金お願いします。

支払い方法

□ 窓口払い	指定金融機関	銀行	支店
		農協	
		信金	
□ 口座振込	□ 座 番 号		
	□ 座 名 義 人		

平成 年 月 日

世帯主 住所 〒
香春町大字

氏名 国民健康保険世帯主の氏名 (印)

個人番号 国民健康保険世帯主の個人番号

電話 国民健康保険世帯主の電話番号

香春町長 殿

個人番号確認		確認者	
--------	--	-----	--

所得区分		・非課税 ・一般 ・上位所得	過去1年間の高額療養費支給回数	・3回以上 ・3回未満
算定基礎	費用額	一部負担金 30%・20%	公費費用徴収額	高額療養費 支給決定額
	1			
	2			
	3			
	計			
高額療養費貸付額		支払通知年月日 平成 年 月 日	保 険 税	・完納 担当者
差引支給額		支給年月日 平成 年 月 日		・未納 印
自己負担限度額				