

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

(令和 4 年 5 月診療分)

被保険者証の記号番号 香春・〇〇〇〇

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 年 月 日	2. 男女 大・昭・平 年 月 日	3. 男女 大・昭・平 年 月 日
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	病院等の所在地		
病院等で支払った金額		〇〇〇〇 円	円	円
入院・外来の別及び 交通事故の有無		入院 ・外来 交通事故 (有 無)	入院・外来 交通事故 (有・無)	入院・外来 交通事故 (有・無)
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		<ul style="list-style-type: none"> ・ 受けられる (制度名) (費用徴収額) ・ 受けられない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受けられる (制度名) (費用徴収額) ・ 受けられない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、直近の月から記入してください。				支 払 額 合 計
平成・令和 年 月診療分		平成 令和 4 年 5 月診療分	平成・令和 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

振込先の口座を記入してください

令和 〇年 〇月 〇日

指定金融機関 <input type="checkbox"/> 口座振込	銀行 農協 信金	支店
<input type="checkbox"/> 座 番 号 <input type="checkbox"/> 座 名 義 人		

世帯主 住所 〒
住所を記入ください
香春町大字

氏名 世帯主名を記入ください

香春町長 殿

電話 内容が分かる方の連絡先を記入ください

課税状況	・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	
	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		
算定基礎	1					
	2					
	3					
	計					
高額療養費貸付額		支払通知年月日	令和 年 月 日	保 險 税	・完納	担当者
差引支給額		支給年月日	令和 年 月 日		・未納	印
自己負担限度額						