

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

( 年 月診療分)

被保険者証の記号番号 香春・

診療を受けた者の 氏名・性別 生年月日		1. 男 女 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			
	所在地			
病院等で支払った金額		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		・ 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、 直近の月から記入してください。				支 払 額 合 計
平成・令和 年 月診療分		平成・令和 年 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

令和 年 月 日

指定金融機関	
<input type="checkbox"/> 口座振込	銀行 支店
	農協
	信金
<input type="checkbox"/> 座番号	
<input type="checkbox"/> 座名義人	

世帯主 住所 〒

香春町大字

氏名

香春町長 殿

電話

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
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		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							