

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
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		
	所在地		
病院等で支払った金額	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、 直近の月から記入してください。			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

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

平成 年 月 日
世帯主 住所 〒
香春町大字
氏名 ⑩
個人番号
電話

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
	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
差引支給額	支給年月日	平成 年 月 日	
自己負担限度額			・完納 担当者 ・未納 印