

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

年            月診療分	第三者行為（有・無）
-------------------	------------

被保険者証の 記号・番号	浦白	生年月日	. .	年齢	歳
療養を受けた 被保険者名	傷病名	療養を受けた 病院等の名称	入院・通院、医科 歯科その他の別	一般の別 退職者	一部負担として 支払った額 円
個人番号			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	
			入・通（医・歯・調・他）	一般・退本・退扶	

市町村民税 課税の有無	有            無	市町村条例により市 町村民税免除の有無	有    無	高齢受給者 負担区分
----------------	----------------	------------------------	--------	---------------

高額療養費として前12ヵ月間に支給を受けた該当月に○印を

年	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
年	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			

上記のとおり申請します。

年            月            日

世帯主    住所

氏名

個人

番号

空知中部広域連合長

様

上記の申請金額の受領を

に委任いたします。

年            月            日

世帯主    住所

氏名

※上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記決定調書のとおりである。

審査決定額調書							
療養を受けた 被保険者名	療養に要した 費用額 ①	保 險 者 負 担 額 ②	一 部 負 担 金 の 額 ③	他 方 負 担 ( 優 先 ) の 額 ④	自 己 負 担 限 度 額 ⑤	差 引 支 給 額 ⑥-⑤ ⑥	世帯合算等 による算定額 (計算式)
計							

受取り希望金融機関名	フリガナ
銀行・農協	本店・支店
金庫・信組	本所・支所
普通 当座	口座名義人
貯蓄	口座番号