

国民健康保険高額療養費支給申請書

世帯主名					年	月	診療分
療養を受けた 被保険者の氏名	被保険者 記号・番号	生年月日	個人番号	区分			
		年 月 日		入院・外来			
		年 月 日		入院・外来			
		年 月 日		入院・外来			
		年 月 日		入院・外来			
		年 月 日		入院・外来			
		年 月 日		入院・外来			
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 けた場合その直近の診療月	1	2	3				
	年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分				
上記のとおり申請します。							
年 月 日	申請者 (世帯主)	住 所 氏 名 個人番号 電話番号	〒	—			
関市長 様							
適用区分	所得 区分	総費用額	現物給 付分	高 額 療 養 費 対 象 費 額	負担限度額	高額療養費償還額	
前期高齢者世帯 外 来		円	円	円	円	A 円	
前期高齢者世帯 全 体		円	円	円	円	B 円	
国保世帯 全 体		円	円	円	円	C 円	
高額療養費支給決定額 A+B+C							円
(注) この申請書を提出されるときには、必ず医療機関の領収書を提出してください。							
振 込 先	金 融 機 関 名			預金種別			
	銀 行 本 店 信用金庫 支 店 農 協 出 張 所 信用組合			普通・当座 その他 ()			
	口 座 番 号	フリガナ					
	口座名義人						
受付者	滞 納		有 ・ 無				

- 前回と同じ口座に振込を希望します。
- 公金受取口座を利用します。