

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

大郷町長 殿

申請 年 月 日

申請者（世帯主）

- ・個人番号
- ・住所

- ・氏名
- ・電話
- ・被保険者証記号
- ・被保険者証番号

印

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主（組合員）との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 発症又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）			
(9) 病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間			
(13) 病院等で支払った金額				
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(15) 課税区分 (世帯全体)	(16) 課税区分 (70歳以上)

国保世帯支給額	
既支給決定額	

支給決定額		—	調整額等（合計）		=	世帯差引支給額	
-------	--	---	----------	--	---	---------	--

支払方法					
支払場所		振込先	金融機関	機関名	
				支店名	
支払期間			口座種目	普・当	口座番号
			口座名義人 (カナ)		

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。)  
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名

印