

国民健康保険 高額療養費 支給申請書
(令和 年 月診療分)

		被保険者証番号		
療養を受けた者の 氏名・生年月日		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
個人番号				
種別		一般・退職・()	一般・退職・()	一般・退職・()
療養を受けた 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				
入院・外来の区分		入院・外来	入院・外来	入院・外来
第三者行為の有無		有・無	有・無	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 給を受けられるか		・受けられる (制度名)	・受けられる (制度名)	・受けられる (制度名)
		(費用徴収額)	(費用徴収額)	(費用徴収額)
		・受けられない	・受けられない	・受けられない
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費を支給を3回以上受けた場合、 直近の月から記入して下さい。				支給額合計
令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	円	

上記のとおり申請します。

宇美町長 殿

令和 年 月 日

住所 宇美町

世帯主氏名

世帯主個人番号

(Tel - -)

金融機関	
銀行	
支店	普通・当座
口座番号	
名義人	
フリガナ	

支給金額	円
国民健康保険税へ 円充当	