

**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
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。			<b>支給額合計</b>
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